

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



TÍTULO DEL TRABAJO FINAL

“Nivel de Conocimiento, actitudes y prácticas del cáncer oral de los
estudiantes de odontología en las clínicas integrales (II, III, IV, V) en
la Universidad Iberoamericana”

SUSTENTANTES:

Luis Miguel De la Rosa

Misael Cabral Mejía

Docente Especializado:

Dra. Ivelisse López

Docente Titular:

Dra. María Teresa Thomas-Knipping

CEI2020-163

DEDICATORIA

I dedicate this final work to the most important beings in my life, to my mother for always setting the example and teaching me resilience. To my little brother Tristan, and my Little sister Maila, you guys have kept me going in times that I've wanted to give up. To my great grandmother who is watching from above. To my wife Karenni without you I wouldn't even be here you inspired me in a way no one has ever before. To my Son Milan in times of darkness God has a way of bringing light you inspire and motivate me to always better myself I Love You. To my Dog Bailey, girl you're a wild one, take good care of Milan. And to my first boy Goofy, we did it boy, there is not a day that goes by that I don't think about you, we miss you, you were there through the toughest times in my life, I Love You, until we meet again. To my abuela thank you for being there and always showing me support. And I dedicate this final work to myself, for finding it in you to push through all the obstacles and make it out. You have accomplished your Dream.

Luis De la Rosa

AGRADECIMIENTOS

I would like to Thank God firstly for the opportunity that life has presented me. I would like to thank every person that has had an influence on my journey from the start and who have guided me through this journey. I would like to thank Randy DeMinno and family for your generosity and helping me reach my destination, I am forever grateful. To all the Friends I've made on this journey I say thank you, you guys inspire me to continue to grow. To all the professors from Dr. Maria Vicenta to Dr. Vicioso I say thank you for all the small tips and knowledge you've shared throughout the years. To all the professors and lab tech I say thank you, you've all strived to make the best doctors out of all us. Thank you to Hilda without you I truly don't know how I would've made it; I am eternally Grateful for everything you've done. And thank you to my family for giving support and motivation from Shadow to Choco and Auggie thank you and I LOVE YOU GUYS.

Luis De la Rosa

DEDICATORIA

Este trabajo final se lo dedico primeramente a Dios sobre todas las cosas por nunca desampararme y luego a las personas más importantes en mi vida, mi madre y ejemplo a seguir Carmen Estela Mejía y mi padre Juan Cabral Fanith. Dedicación especial a mis abuelos Andrés Cabral y Juan Mejía donde quiera que estén viéndome, siempre fueron mi ejemplo a seguir.

Misael Cabral

AGRADECIMIENTOS

Primero agradecerle a Dios por darme la oportunidad de confiar en él, y nunca perder la fe en mí y a mis seres queridos que siempre me apoyaron en momentos difíciles nunca me dejaron de darme aliento y fuerzas, salud para cumplir mis sueños.

A mis padres Carmen Mejía y Juan Cabral por siempre aconsejarme y hacer un gran esfuerzo para darme una buena educación y que yo sea alguien en un futuro, nunca tener excusas para darme todo lo que estaba a su alcance para que yo pueda lograr mis metas y estar para mí sin importar cuál sea la situación, su amor incondicional, su apoyo total, su paciencia y su gran amor ha sido lo que me ha impulsado en la vida para querer ser alguien en el mañana, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible. A mis hermanos mayores Ivana Cabral, Emill Cabral por sus consejos y hacer de guía para elegir el camino correcto, por preocuparse por mí y por su ayuda incondicional por siempre tener la disposición de aconsejarme y ayudarme. A la Dra. Fior Nelisa Pérez por ayudarme en los momentos más difíciles de la carrera, aconsejándome y dándome las claves para triunfar sin pedirme nada a cambio. A mis amigos de la infancia German González, Antonio Castillo que siempre me han brindado su amistad incondicional y todas esas personas que sin tener ninguna obligación siempre me ayudaron incondicionalmente, y a una doctora muy especial que me da muchas alegrías la doctora Génesis Fermín. Mis amigos de carrera Nicandra Santana, German Tavarez, Arlenys Rivera, Pedro Díaz, Julio Grullon, Jefry Mejía, Wilber Hiciano, Leonardo Marichal y Johana Pereira.

Misael Cabral

A los docentes que hicieron posible mi formación profesional, la Dra. Thomas por siempre contestarme y estar dispuesta a ayudarme, Al Dr. Peña por compartir su conocimiento y darnos el ejemplo de enseñar y hacer su trabajo sin mirar el estudiante, tratarnos a todos por igual y enseñarnos los verdaderos valores y ética que debe tener un profesional en el área, La Dra. Grau por tratarnos como hijos pequeños aconsejarnos para el futuro, La Dra. Oviedo por inculcarnos lo más importante que debe tener un profesional de la salud que es la de ayudar a las personas y colaborar para hacer sentir bien a cualquier persona de tratar a todos como iguales y presionarnos a ser más humano y empujarme a que logre mis metas sin que me asusten los futuros retos, La Dra. Laura Reyes por inculcarme su sabiduría y por animarme cada vez que algo no me salía bien, aconsejarme a pesar de los errores cometidos y su gran disposición de siempre resolver cualquier necesidad que tuviera. A la Dra. Ana Garib y no puedo olvidarme también de la Dra. Ana Melisa por presionarme a estudiar y aprender más, tomarle amor y seriedad al trabajo, La Dra. Pamela Rodríguez y las hermanas Almodovar gracias por hacer que este tiempo en la clínica no sea tan pesado con su carisma y buen humor, dejándome claro que la docencia es un don que llevan dentro y lo cumplen con excelencia. Gracias de corazón a la Dra. Hansen por siempre impulsarme a trabajar bien sin mirar la calificación y acostumbrarme a trabajar mejor cada día más impulsándome a la meta y por último a la Dra. Yumaisla por estar siempre dispuesta a darnos la mano al igual que la Dra. Vilma soto por su calidad humana y estar dispuesta a trabajar aunque esté abarrotada de trabajo, La Dra. Sarnelli por su dedicación y paciencia, sus métodos de estar dispuesta a enseñar de manera

amable, respetuosa y a todos los doctores que me falto mencionar gracias a todos por aportar su granito de arena.

Resumen

Objetivo: Determinar nivel de “Conocimiento, actitudes y prácticas del cáncer oral entre los estudiantes de Odontología en las clínicas integrales (II, III, IV, V) en la Universidad Iberoamericana”.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal prospectivo con una muestra no probabilística, en el cual se empleó un cuestionario modificado a partir del artículo “Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students” publicada por G. Ogden y L. Carter para evaluar el conocimiento de los estudiantes de grado de medicina y odontología. El mismo fue modificado y redactado para encuestar a los estudiantes de grado que cursan las clínicas integrales (II, III, IV, V) del grado de Odontología de Unibe. Los estudiantes de las clínicas señaladas fueron contactados por vía WhatsApp y correos electrónicos solicitándoles su participación en la encuesta. Iniciando todos los encuestados son presentados con información del estudio y un consentimiento informado el cual debe ser firmado antes de continuar con la encuesta. La población consistió en un total de 119 estudiantes en las clínicas integrales (II, III, IV, V) Los datos fueron tomados a través de una encuesta de 15 preguntas. Los datos fueron tomados vía un cuestionario en Google Form, bajo protección sin acceso no autorizado. Los datos serán analizados y presentados empleando tablas y gráficos, facilitando de esta manera su comprensión.

Resultados: La población estuvo dirigida a los estudiantes de clínica II-V de la escuela de odontología donde se detectó un nivel de conocimiento de la gran

mayoría sobre el cáncer oral pero se detectó un bajo porcentaje de preparación para poder detener el cáncer oral.

Conclusión: El estudio estuvo dirigido a la población conformada por los estudiantes de clínica II-V, donde se pudo comprobar que el conocimiento sobre el cáncer oral estamos bien preparados en cuanto a información sobre el tema pero que la mayoría de los estudiantes no tiene el nivel necesario para la detección del mismo. La mayoría de los estudiantes de odontología examinan la mucosa oral en sus pacientes pero no adquirieron el conocimiento necesario en las clases para determinar o detectar la patología en los pacientes. Se demostró que los estudiantes de clínica v están más informados sobre la patología que los de otras clínicas.

Palabras claves: Cáncer oral, Encuestas, Mucosa Oral, Factores De riesgo

Abstract

Objective:

Determine the level of "Knowledge, attitudes and practices of oral cancer among dental students in comprehensive clinics (II, III, IV, and V) at the Universidad Iberoamericana".

Methodology: A prospective cross-sectional descriptive study was carried out with a non-probabilistic sample, in which a modified questionnaire was used from the article "Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students" published by G. Ogden and L. Carter to evaluate the knowledge of undergraduate students of medicine and dentistry. It was modified and written to survey undergraduate students who attend the comprehensive clinics (II, III, IV, V) of Unibe's degree in Dentistry. The students of the indicated clinics were contacted via WhatsApp and emails requesting their participation in the survey. At the beginning, all respondents are presented with study information and an informed consent which must be signed before continuing with the survey. The population

consisted of a total of 119 students in the integral clinics (I, II, III, IV, V) (Integral Clinic II = 45 students, Integral Clinic III = 3 students, Integral Clinic IV = 16 students, Integral Clinic V = 55). The data was collected through a 15-question survey. The data was taken via a questionnaire on Google Form, under protection without unauthorized access. The data will be analyzed and presented using tables and graphs, thus facilitating its understanding.

Results: The population was directed to the students of the II-V clinic of the dental school where a level of knowledge of the vast majority about oral cancer was detected but a low percentage of preparation was detected to be able to stop oral cancer.

Conclusion: The study was aimed at the population made up of clinical II-V students, where it was found that knowledge about oral cancer is well prepared in terms of information on the subject but that most of the students do not have the necessary level for its detection. Most dental students examine the oral mucosa in their patients but did not acquire the necessary knowledge in class to determine or detect pathology in patients. It was shown that the students of clinic v are more informed about the pathology than those of other clinics.

Keywords: Oral Cancer, Questionnaire, Oral Mucosa, Risk Factors

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3. OBJETIVOS
 - 3.1 OBJETIVO PRINCIPAL
 - 3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS
4. MARCO TEÓRICO
 - 4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS
 - 4.2 REVISIÓN DE LITERATURA
5. HIPÓTESIS
6. MATERIAL Y MÉTODOS
 - 6.1 DISEÑO DE ESTUDIO
 - 6.2 TIPO DE ESTUDIO
 - 6.3 MÉTODO DE ESTUDIO
 - 6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN
 - 6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
 - 6.6 CRITERIOS DE ANULACIÓN
 - 6.7 POBLACIÓN Y MUESTRA
 - 6.8 VARIABLES
 - 6.9 PROCEDIMIENTO
 - 6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN
 - 6.11 TRATAMIENTO DE LOS DATOS
7. RESULTADOS
8. DISCUSIÓN
9. CONCLUSIÓN

10. RECOMENDACIONES

11. PROSPECTIVAS

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

13. ANEXOS

1. INTRODUCCION:

La incidencia del cáncer oral está en aumento mundialmente en especial en las regiones subdesarrolladas (1-4). Según un reporte del World Cancer Report 2014 el cáncer de la cavidad oral ocupa el lugar número siete en términos de ocurrencia y número nueve en cuanto a mortalidad (5). El Carcinoma de células escamosas es responsable por el 95% de los cánceres en la cavidad oral y está asociada a una etiología con factores de riesgo prevenible (6). Un estudio reveló que aproximadamente 25% de los adultos y 35% de los adolescentes consumen tabaco sin embargo 40% de los dentistas no preguntan rutinariamente sobre el uso de tabaco y 60% no instruyen a sus pacientes en dejarlo. Mientras que menos de la mitad de las escuelas no brindan programas de intervención y asistencia (7). La presentación tardía del cáncer oral produce un aumento de la morbilidad del tratamiento y una reducción de las tasas de supervivencia. La falta de conciencia pública y conocimiento es el factor más importante en retrasar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer oral. La mayoría de los cánceres orales se pueden prevenir si las personas saben qué factores de riesgo deben controlar o eliminar (8). Los dentistas son importantes en la prevención primaria y secundaria del cáncer oral; Por lo tanto, evaluar sus conocimientos, opiniones y prácticas es crucial. El diagnóstico temprano es esencial para lograr mejores resultados. Se espera que los dentistas, debido al amplio conocimiento de la etiología y los aspectos clínicos del cáncer, puedan hacer un diagnóstico rápido de esta afección (9). De tal manera surge este estudio para evaluar el nivel de conocimiento actitudes, y prácticas presente entre los estudiantes de grado en las Clínica integrales de UNIBE.

2. PLANIAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Wunsch-filho (10). aunque la incidencia del cáncer oral se encuentra en disminución en ciertas partes del mundo el caribe y Sudamérica se encuentran en aumento. Dicho aumento está atribuido al consumo de productos de tabaco y alcohol. El incremento de mujeres fumadoras tendrá un impacto en la incidencia del cáncer oral y la falta de educación en lo que es el cáncer oral y sus factores de riesgo atribuye a un incremento en la incidencia en los siguientes años.

La detección temprana del cáncer oral es esencial para obtener pronósticos favorables, además, el conocimiento y la habilidad de reconocer lesiones potencialmente malignas o en sus estados iniciales son indispensable en el área de estomatología. De tal forma en este estudio, tomando en cuenta los Problemas anteriores, se crearon las siguientes interrogantes las que se espera dar respuesta en este trabajo:

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral y sus factores de riesgo entre los estudiantes de grado en la clínica dental de unibe?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo considerados por los encuestados?
3. ¿Cuál sería la toma de decisión ante un potencial caso de cáncer oral?
4. ¿Cuál es el grado de conciencia sobre lesiones orales del cáncer oral entre los estudiantes de grado?

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de “conocimiento, actitudes y prácticas del cáncer oral entre los estudiantes de odontología en las clínicas integrales (I, II, III, IV, V) en la Universidad Iberoamericana (UNIBE)”.

3.2 Objetivos Específicos

Determinar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer oral entre los estudiantes de grado en UNIBE.

Determinar las actitudes y toma de decisión en cuanto a pacientes en categorías de alto riesgo.

Conocer las características clínicas que puedan presentar pacientes con lesiones orales.

Relacionar el nivel de conocimiento y capacidad de diagnóstico según el grado de clínica en cual se encuentre el encuestado.

Relacionar el medio más cómodo y factible para el aprendizaje sobre el cáncer oral.

4. Marco Teórico

4.1 Antecedentes Históricos

Los conceptos sobre células escamosas en la cavidad oral y orofaringe que se manifiesta hoy en día en la enfermedad del virus del papiloma humano, quienes ayudaron a definir el mecanismo por medio del cual el VPH provoca la transformación del queratinocito normal a un estado maligno, han sido numerosos los estudios que han descrito la presencia del VPH en carcinomas de cabeza y cuello, específicamente en cavidad oral y orofaringe (12).

Comprobó que el VPH como factor de riesgo en la cabeza y el cuello. En la cavidad oral se han realizado estudios con el objetivo de encontrar presencia del virus con múltiples técnicas diagnósticas y se ha encontrado una similitud al cuello uterino, uno de los factores principales de riesgo es el VPH, el cual puede estar relacionado con la carcinogénesis en este tejido que comparte las mismas características histológicas que las de la mucosa del cuello del útero (13).

Fueron los que realmente reconocieron e hicieron la investigación tomando muestras de todos los casos de cáncer oral en los Estados Unidos en el año 2009, con 7,600 muertes por la enfermedad. Al centrarse específicamente en la cavidad oral, ACS estimó que, en 2009, habría 23,110 casos nuevos de cáncer de la cavidad oral (en lo sucesivo denominado "cáncer oral") y 5,370 muertes (14).

Casi el 90 por ciento de estas neoplasias son carcinomas de células escamosas. Más del 97 por ciento de los casos de EE. UU. Los cánceres ocurren entre adultos de 35 años en adelante. Aunque la tasa de incidencia (IR) de los cánceres oral y faríngeo está disminuyendo en general, el IR de los cánceres de lengua, orofaringe y amígdalas está aumentado (15).

Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer El cáncer más frecuente originado en mucosas de cabeza y cuello es el carcinoma epidermoide; su frecuencia se ha incrementado, sobre todo en países en vías de desarrollo. El factor etiológico más importante es el consumo de tabaco y alcohol. Se presenta principalmente en varones con media de 50 años (16).

Recientemente se ha reportado mayor frecuencia en no fumadores, no bebedores principalmente mujeres jóvenes, probablemente relacionada con la presencia del virus del papiloma humano. Suspender el hábito tabáquico disminuye el riesgo, pero no lo iguala a la población que nunca ha fumado; la exposición pasiva al humo del tabaco se ha relacionado con riesgo 2 veces mayor comparado con los no expuestos. El sitio más frecuente de localización tumoral es la lengua (16).

En el encuentro resumen del Programa de Control del Cáncer en Cuba, de abril del 2001, se enfatizó que el PDCB logró mantener la curabilidad del cáncer bucofaríngeo al más alto nivel internacional, con un control de 54 %. Fue también el único programa que logró reducir la mortalidad el 10 %. Los resultados concretos presentados indican la efectividad de un programa de detección de cáncer bucal y justifican la recomendación de su implantación en todos los países de América Latina y es en este sentido que Cuba ha extendido sus experiencias en este campo a países como México, Bolivia y Argentina (17).

La página medica el galeno afirmó que aunque el país todavía no cuenta con un Registro de Tumores que permita establecer con exactitud la incidencia general del cáncer oral, se estima que cada año se diagnostican alrededor de 4,400 nuevos casos de cáncer, siendo los más dañinos, el de mama, próstata y pulmón, con una letalidad estimada en un 30 a 32% al no recibir un diagnóstico y tratamiento temprano (18).

El cáncer oral afecta a los labios, la mucosa oral, las encías, el paladar, la lengua, el piso de la boca y el área retromolar. Los principales lugares de aparición de esta neoplasia son en los labios, la lengua y el piso de la boca. El carcinoma de células escamosas es el tipo histológico más común (>90%). Según las estadísticas globales de cáncer de GLOBOCAN, en 2018 se reportaron en el mundo 354.864 nuevos casos (246.420 hombres y 108.444 mujeres), y de ellos, fallecieron 177.384 personas (119.693 hombres y 57.691 mujeres), lo que equivale a una mortalidad del 48%. Los hombres de los países con Índice de Desarrollo Humano (IDH) bajo y medio, como son la mayoría de los países de América Latina, tienen una tasa

estandarizada de cáncer oral por edad de mortalidad del 8,7%, superada sólo por el cáncer de pulmón (11,0%). En Centroamérica y Sudamérica, se espera un aumento del 17,2% en la mortalidad por cáncer oral para 2030 (19).

En España, el número de cánceres detectados ha ido creciendo de forma sostenida a lo largo de los años, debido a la sinergia de varios factores, por un lado el aumento de la población y por otro, por el envejecimiento de esta población, ya que su esperanza de vida ha ido subiendo también progresivamente, lo que implica un incremento en el tiempo a la exposición frente a los factores de riesgo y por otro a una merma fisiológica de los mecanismos reparativos celulares. Además, las mejoras en las técnicas de detección precoz y en el conocimiento de los potenciales factores de riesgo, también parecen intervenir en el aumento de las cifras de incidencia, de tal forma que los casos de cáncer de labio y cavidad oral, en nuestro país, asciende a 4,7 casos por cien mil habitantes, siendo además tres veces más numerosos en los varones que en las mujeres (7,4/100000 vs 2,3/100000). Los datos obtenidos en varias ciudades y comunidades autónomas españolas (19).

Tabla 1: Mortalidad del cáncer oral en países de América Latina.

Tabla 2 Mortalidad por cáncer oral en países de América Latina entre 2000 y 2017.						
Países	Sexos	Mortalidad por cáncer oral				
		Casos	Tasa Cruda	ASR	APC (IC 95%)	Tendencia
Argentina	Hombres	6.592	2,42	2,75	-0,91 (-1,10; -0,73)	decreciente
	Mujeres	2.905	1,03	0,87	0,12 (-0,18; 0,42)	estacionaria
Bolivia	Hombres	534	0,81	1,48	-0,68 (-0,77; -0,58)	decreciente
	Mujeres	494	0,76	1,22	0,20 (0,12; 0,28)	creciente
Brasil	Hombres	40.174	3,09	4,58	-7,83 (-14,25; -0,93)	decreciente
	Mujeres	13.068	0,99	1,31	-0,82 (-0,97; -0,68)	decreciente
Chile	Hombres	1.276	1,15	1,35	-0,76 (-1,37; -0,14)	decreciente
	Mujeres	701	0,62	0,55	-0,14 (-0,56; 0,27)	estacionaria
Colombia	Hombres	2.960	0,98	1,75	-1,49 (-1,86; -1,13)	decreciente
	Mujeres	2.395	0,78	1,13	-1,48 (-1,83; -1,13)	decreciente
Costa Rica	Hombres	324	1,10	1,55	-0,07 (-0,41; 0,26)	estacionaria
	Mujeres	168	0,56	0,69	-1,78 (-2,78; -0,78)	decreciente

						e
Cuba	Hombres	4.043	5,30	4,70	0,51 (0,32; 0,69)	creciente
	Mujeres	1.502	1,98	1,52	-0,16 (-0,48; 0,16)	estacionaria
República Dominicana	Hombres	1.158	1,81	3,02	0,20 (-0,50; 0,91)	estacionaria
	Mujeres	668	1,03	1,62	-1,12 (-1,82; -0,41)	decreciente
Ecuador	Hombres	656	0,66	1,11	-0,87 (-1,25; -0,49)	decreciente
	Mujeres	658	0,66	1,11	-0,00 (-0,14; 0,13)	estacionaria
El Salvador	Hombres	350	0,90	1,38	-0,46 (-0,88; -0,05)	decreciente
	Mujeres	338	0,79	1,04	0,18 (-0,02; 0,38)	estacionaria
Guatemala	Hombres	598	0,63	1,43	-2,2 (-3,18; -1,22)	decreciente
	Mujeres	522	0,53	1,02	-1,41 (-2,24; -0,57)	decreciente
Haíti	Hombres	958	1,44	3,10	-0,25 (-0,45; -0,06)	decreciente
	Mujeres	518	0,76	1,50	-0,28 (-0,47; -0,1)	decreciente
Honduras	Hombres	311	0,64	1,33	-0,07 (-0,24; 0,11)	estacionaria
	Mujeres	513	1,05	1,80	-0,41 (-0,46; -0,36)	decreciente
México	Hombres	6.101	0,78	1,37	-0,96 (-1,08; -0,83)	decreciente
	Mujeres	3.984	0,51	0,73	-0,13 (-0,37; 0,1)	estacionaria
Nicaragua	Hombres	171	0,46	1,01	-0,14 (-0,37; 0,1)	estacionaria
	Mujeres	106	0,28	0,49	0,11 (-0,02; 0,24)	estacionaria
Panamá	Hombres	263	1,12	1,69	-1,05 (-2,11; 0,03)	estacionaria
	Mujeres	164	0,69	0,92	-2,14 (-2,66; -1,61)	decreciente
Paraguay	Hombres	300	1,87	3,34	-0,42 (-1,12; 0,29)	estacionaria
	Mujeres	184	0,46	0,77	-0,06 (0,32; 0,39)	estacionaria
Perú	Hombres	1.411	0,72	1,25	-1,18 (-1,83; -0,52)	decreciente
	Mujeres	1.496	0,76	1,10	-1,34 (-1,72; -0,96)	decreciente
Uruguay	Hombres	884	3,92	3,68	-0,64 (-0,81; -0,47)	decreciente
	Mujeres	353	1,50	0,97	0,84 (0,32; 1,37)	creciente
Venezuela	Hombres	2.061	1,09	1,92	-0,15 (-0,34; 0,04)	estacionaria
	Mujeres	1.272	0,67	1,06	-0,92 (-1,14; -0,71)	decreciente

Fuente: Yuliana Herrera-Serna (1,2), Edith Lara-Carrillo (1), Víctor Hugo Toral-Rizo (1) y Regiane Cristina do Amaral (3). Efecto de las políticas de control de factores de riesgo sobre la mortalidad por cáncer oral en América Latina (*). Rev. Esp. Salud Pública 2019; vol93: (Aceptado 15 de julio de 2019, Publicado: 22 de julio de 2019 Brenda).

4.2 Características Clínicas del cáncer oral.

La mayoría de los síntomas del cáncer oral y orofaríngeo pueden ser consecuencia de otros trastornos médicos no cancerosos. Por lo tanto, es importante recibir atención médica y odontológica periódica, en especial si la persona bebe alcohol de

modo habitual, consume productos derivados del tabaco en el presente o los ha consumido en el pasado (20).

Las personas con cáncer oral u orofaríngeo pueden tener los siguientes síntomas o signos. Algunas veces, las personas con esta enfermedad no tienen ninguno de estos cambios. O bien la causa de estos síntomas puede ser otra afección médica diferente que no sea cáncer. Con frecuencia, el dentista es la primera persona que detecta el cáncer oral u orofaríngeo durante un examen de rutina (20).

4.2.1 Síntomas más Frecuentes del cáncer oral:

- Llaga en la boca o el labio que no cicatriza; este es el síntoma más frecuente
- Mancha roja o blanca en las encías, la lengua, las amígdalas o el revestimiento de la boca
- Nódulo en el labio, la boca, el cuello o la garganta o sensación de engrosamiento de la mejilla
- Dolor de garganta persistente o sensación de algo atorado en la garganta
- Ronquera o cambio en la voz
- Adormecimiento de la boca o la lengua
- Dolor o sangrado en la boca
- Dificultad para masticar, tragar, o mover la mandíbula o la lengua
- Dolor de oído y/o mandíbula
- Mal aliento crónico
- Cambios en la forma de hablar
- Pérdida de piezas dentales o dolor de dientes o muelas

- Dentaduras postizas que ya no encajan
- Pérdida de peso sin razón aparente
- Fatiga
- Pérdida del apetito, en especial cuando es prolongada; esto puede suceder durante los estadios más avanzados de la enfermedad.

4.3 Revisión de la literatura

Se refiere al cáncer oral como una situación alarmante motivo de preocupación mundial, ya que es el undécimo carcinoma más común en todo el mundo. Después de las dolencias cardiovasculares, el cáncer oral es el segundo más frecuente en el mundo. Aproximadamente el 90 % de las neoplasias malignas orales totales son carcinomas de células escamosas (21).

En cuanto a la distribución anatómica del cáncer oral, las 5 localizaciones más frecuentes en orden descendente de frecuencia fueron lengua (25,4%), mucosa labial / bucal (21,7%), encía (14,0%), paladar (9,9%) y mucosa alveolar (7,9%), respectivamente. La mucosa labial / bucal fue el sitio más común para el cáncer oral en Taiwán, mientras que la lengua fue el sitio de predilección para el cáncer oral en Canadá e Irán y la encía en Corea y Tailandia. En niños de 16 años o menos, los 5 sitios más comunes de cáncer oral en orden descendente de frecuencia fueron mandíbula (17,9%), paladar (14,9%), encía (13,4%), mucosa alveolar (11,9%), maxilar y lengua (10,4% cada uno), respectivamente. En los ancianos de 65 años o más, los 5 sitios más comunes de cáncer oral en orden descendente de frecuencia fueron lengua (20,8%), mucosa labial / bucal (18,2%), encía (16,0%), mucosa alveolar (14,5%), y paladar (9,5%), respectivamente. La lengua fue el sitio de predilección del cáncer oral (22).

El cáncer oral más común fue el carcinoma de células escamosas, que constituyó el 94,08% de todos los tumores epiteliales y el 80,05% de todos los casos de cáncer oral. El segundo cáncer oral más prevalente fue el linfoma, que representó el

86,91% de los tumores hematológicos y el 3,89% de todos los casos de cáncer oral. El tercer cáncer oral más prevalente fue el carcinoma mucoepidermoide que constituyó el 45,26% de todos los tumores de glándulas salivales y el 3,02% de todos los casos de cáncer oral. En los pacientes pediátricos, el carcinoma epidermoide fue el tumor más frecuente constituyendo el 40,29% de los casos en este grupo, seguido del carcinoma mucoepidermoide (16,42%) y el linfoma (14,93%), respectivamente. En los pacientes ancianos, el carcinoma epidermoide fue el tumor más prevalente constituyendo el 80,77% de los casos en este grupo, seguido del carcinoma verrugoso (5,42%) y el linfoma (5,21%), respectivamente. El carcinoma de células escamosas fue el cáncer oral más común (22).

Se refiere que las manifestaciones clínicas del cáncer oral y los efectos del tratamiento pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. Las funciones fisiológicas, la apariencia estética y el bienestar psicológico pueden verse comprometidos durante el diagnóstico, el tratamiento y la supervivencia de los pacientes con cáncer oral. Este artículo aborda la relación del cáncer oral y la calidad de vida, así como los diferentes aspectos afectados por esta afección (23).

El cáncer oral se define como una neoplasia maligna que ocurre en la cavidad oral. El carcinoma de células escamosas representa más del 90% de los cánceres orales, y otros incluyen adenocarcinoma derivado de glándulas salivales menores, sarcoma, linfoma maligno y cáncer metastásico. También según los estudios se confirmó que el cáncer oral es más frecuente en hombres que en las mujeres y que de los cánceres orales, el carcinoma de lengua es el más común y representa el 40% de los cánceres orales (24).

Se destacó en su artículo que pasos deben seguir las personas para evitar adquirir la enfermedad y cuales parámetros debemos tener en cuenta para darnos cuenta en caso de tener dudas de si tenemos la enfermedad. Entre los consejos están: Revise su boca y cuello regularmente por cualquiera de los síntomas anteriores, y dígame a su dentista si nota alguno de estos u otros cambios; Evite usar tabaco o

beber mucho, Coma una dieta saludable rica en frutas y verduras, Evite pasar largos períodos al sol y use protector solar (25).

4.3.1 Clasificación del cáncer oral

Para facilitar el seguimiento clínico y terapéutico de los pacientes se emplea la clasificación TNM: T (Tamaño del tumor primario); N (Presencia de ganglios linfáticos); M (Metástasis a distancia). De una forma más desglosada las subdivisiones correspondientes son (26):

T1: Tumor menor o igual a 2 cm,

T2: Tumor mayor de 2 cm pero menor de 4 cm.

T3: Tumor mayor de 4 cm.

T4: El tumor invade estructuras adyacentes.

b) N0: No hay metástasis ganglionares; N1: Hay metástasis en un ganglio linfático homolateral menor o igual a 3 cm; N2a: Metástasis en un ganglio homolateral mayor de 3 cm pero menor de 6; N2b: Metástasis en múltiples ganglios homolaterales, menores de 6 cm; N3. Metástasis en un ganglio linfático mayor de 6 cm.

C) M0: No hay metástasis a distancia; M1: Hay metástasis a distancia.

El factor más importante en la supervivencia es la etapa de la enfermedad en que se diagnostica. De forma práctica se establece el estadiaje tumoral que comprende:

- Estadio 1: T1 M0 N0.
- Estadio 2: T2 M0 N0.
- Estadio 3: T3 N0 M1; T1 N1 M0; T2 N1 M0; T3 N1 M0.
- Estadio 4: T4 M0 N0; Tx M2-3 N0; Tx Nx M1.

Los estadios I y II engloban el período inicial, donde la tasa de supervivencia suele ser elevada, mientras que los estadios III y IV representan las fases avanzadas de la enfermedad, donde el pronóstico empeora drásticamente.

El tratamiento del paciente oncológico es multidisciplinar, siendo más agresivo y menos conservador cuanto más tarde se diagnostique la enfermedad. Es por ello que el siguiente punto que desarrollaremos es de vital importancia para la calidad de vida de las “víctimas” de un cáncer.

4.3.2 Liquen plano: El liquen plano bucal (LPB), es una enfermedad inflamatoria, crónica y recurrente. Es padecida aproximadamente entre el 0,5 y el 2 % de la población general. Es para algunos autores, la enfermedad no infecciosa más frecuente de la cavidad bucal ya que llega a representar el 20 % de los diagnósticos de la práctica de medicina bucal. Las lesiones bucales son más frecuentes de lo que las estadísticas muestran debido al curso asintomático de muchas de ellas (44).

Se han reportado cifras diversas y a menudo contradictorias sobre transformación maligna del liquen plano bucal, que van desde un 0,3 hasta un 10 %.¹ Se plantea que las células epiteliales en el liquen plano bucal incrementan su tasa de proliferación en respuesta al ataque previamente descrito. Las formas clínicas erosivas se reportan como las más asociadas a la aparición de lesiones epiteliales malignas, pero los reportes en cuanto a los porcentajes de malignización son muy disímiles. Uno de los elementos morfológicos más importantes es la presencia de la displasia epitelial, como un elemento predictor de su posible desarrollo neoplásico, aspecto éste en el cual se discute mucho por los investigadores de esta enfermedad. Actualmente, el concepto de displasia epitelial es global y señala la existencia de una combinación variable de fenómenos microscópicos indicativos de un desorden de la maduración epitelial y de una alteración de la proliferación celular.¹ Al igual que sucede con su posible malignización, los porcentajes de presencia de displasia epitelial en el liquen plano bucal son muy variables, tales como un 25 %,² 11 %,³ 34 %,⁴ 11,4 %⁵ y un 57,5 % (44).

4.3.2 Displasia epitelial: Hablamos de displasia epitelial (DE) ante la presencia microscópica de una combinación variable de fenómenos indicativos de un desorden de la maduración epitelial y de una alteración de la proliferación celular. La DE de la mucosa oral constituye todavía la mejor aproximación diagnóstica en la valoración de la capacidad de malignización de las lesiones premalignas. No obstante, su estimación es un proceso subjetivo y no existen todavía parámetros patognomónicos e incuestionables. Existen numerosas controversias en relación con su cualificación y cuantificación. Todavía no disponemos de marcadores definitivos que nos puedan predecir su existencia y lo que es más importante, la evolución de las lesiones orales premalignas (45).

Se realizó un estudio sobre displasias epiteliales de la mucosa bucal y destacan que para llegar al diagnóstico de esta patología es necesario que existan dos o más cambios (establecidos como criterios formales posteriormente en el año 1978 por la OMS) de los señalados anteriormente. Tomando como base este criterio la displasia epitelial fue clasificada por ellos como, leve cuando solo hay dos cambios, moderada de dos a cuatro y severa más de cinco (45).

Luego de revisar diferentes autores realiza una clasificación basándose en localización, cantidad e intensidad de las alteraciones del epitelio de la mucosa bucal y en base a esto plantea.

Displasia epitelial leve: Cuando las alteraciones se producen en el tercio basal del epitelio y solo dos criterios histológicos de displasia.

Displasia epitelial moderada: Cuando los cambios displásicos afecten a los dos tercios inferiores del epitelio y estén presentes entre dos y cuatro criterios histológicos.

Displasia epitelial severa: Cuando los cambios afecten más de dos tercios del espesor del epitelio sin llegar a involucrarlo por completo y que estén presentes más de cinco criterios histológicos de displasia.

Cuando el epitelio está afectado en su totalidad ya no se considera una displasia severa sino un Carcinoma in situ, término que hace referencia a la presencia de un carcinoma intraepitelial que no ha roto la membrana basal, no ha penetrado al corion subyacente y no posee capacidad invasiva.

Se utilizó el término displasia para describir lesiones en las cuales parte del espesor del epitelio está reemplazado por células que demuestran diferentes grados de atipia celular. Más tarde la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, establece los criterios histológicos que ocurren en la displasia epitelial, los cuales son (46):

- Bordes epiteliales en forma de gota
- Hiperplasia de la capa basal
- Estratificación celular epitelial irregular
- Alto número de mitosis y presencia de mitosis anormales
- Queratinización individual "perlas epiteliales" en la capa espinosa
- Pleomorfismo celular
- Hiper Cromatismo nuclear
- Alteración de la relación núcleo citoplasma
- Nucléolos aumentados de volumen
- Pérdida de la polaridad de las células basales
- Pérdida o reducción de la adherencia de las células epiteliales

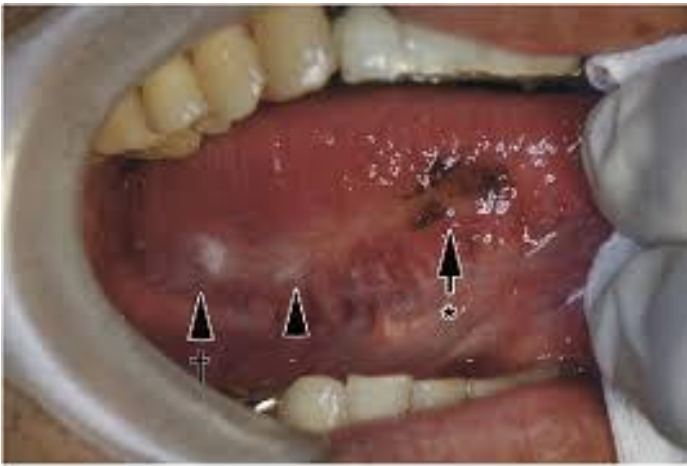
4.3.2 Carcinoma in Situ

El carcinoma in situ de la cavidad oral también se denomina carcinoma intraepitelial oral y carcinoma oral de células escamosas in situ. En el carcinoma in situ, las

células cancerosas están confinadas al epitelio, a diferencia del cáncer oral invasivo (carcinoma de células escamosas, SCC). El carcinoma intraepitelial oral puede afectar aproximadamente al 0,5% de la población mundial, aunque es probable que varíe según el sexo, la geografía y la etnia.

Existe una fuerte asociación con el tabaquismo (seis veces más común en fumadores que en no fumadores) y el consumo de alcohol (independientemente del patrón de consumo o del tipo de bebida). También se asocia con la masticación de betel quid y la fibrosis submucosa oral. Suele aparecer en la vida adulta y su prevalencia aumenta con la edad (22).

Figura 1: Leucoplasias



Fuente: <https://ci5.iarc.fr/CI5I-X/old/vol10/CI5vol10.pdf>

Figura 2: Eritroplasias



Fuente: <https://ci5.iarc.fr/CI5I-X/old/vol10/CI5vol10.pdf>

El carcinoma in situ de la cavidad oral se encuentra en menos del 1% de los hombres menores de 30 años. Hasta el 8% de los hombres mayores de 70 años y el 2% de las mujeres mayores de 70 años tienen carcinoma in situ de cavidad oral. Es raro antes de los 30 años y alcanza su punto máximo después de los 50 años. Afecta principalmente a hombres de mediana edad a ancianos. Es probable que los no fumadores se presenten a una edad más avanzada (22).

El carcinoma temprano in situ de la cavidad oral es una placa gris-blanca ligeramente elevada, bien definida o que se mezcla gradualmente con la mucosa circundante. Puede ser una lesión solitaria localizada o multifocal y difusa. Se reconocen dos formas clínicas, una Homogénea: se refiere al color y la textura uniformes y homogéneos. Color blanco uniforme (antes del diagnóstico, esto puede denominarse leucoplasia. Apariencia uniforme, plana y delgada. La superficie puede volverse correosa, lisa, arrugada, ondulada o con grietas superficiales. Esta forma suele ser asintomática. Y la no homogénea: se refiere a una irregularidad del color o de la textura predominantemente blanco o blanco-rojo (antes del diagnóstico, esto puede denominarse eritroleucoplasia. Una superficie irregular que puede ser plana, nodular, exofítica, verrugosa. Se han descrito

variantes de la forma no homogénea que incluyen nodular, verrugoso (incluido verrugoso proliferativo) y moteado esta forma puede estar asociada con una leve molestia o dolor localizado.

Con respecto a la correlación existente entre la localización topográfica y las formas clínicas del carcinoma intraepitelial en la boca (tabla 3) se visualiza que la ubicación de mayor prevalencia fue el borde lateral de la lengua (40,0 %), seguido del suelo de la boca (24,0 %); también, la forma leucoplásica tuvo una elevada incidencia (15 casos para 60,0 %), pero las restantes no tuvieron gran repercusión (22)

Los aspectos más relevantes observados en el informe histopatológico fueron el hiperchromatismo de los núcleos, la pérdida de la polaridad de las células y el pleomorfismo de células y núcleos, que estuvieron presentes en las 3 variedades de formas clínicas con membrana basal intacta; esto constituye la expresión microscópica primordial en el inicio del Carcinoma Insitu d (tabla 4).

Tabla 3. Correlación entre localización topográfica y formas clínicas del carcinoma intraepitelial en la mucosa bucal

Localización topográfica	Formas clínicas del carcinoma intraepitelial en la mucosa bucal							
	Leucoplásica		Eritroplásica		Eritroleucoplásica		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Borde lateral de lengua	6	24,0	3	12,0	1	4,0	10	40,0
Suelo de boca	3	12,0	2	8,0	1	4,0	6	24,0
Labio inferior	2	8,0	1	4,0	1	4,0	4	16,0
Paladar blando	1	4,0	1	4,0			2	8,0
Paladar duro	1	4,0					1	4,0
Reborde alveolar	1	4,0					1	4,0
Mucosa de carrillos	1	4,0					1	4,0
Total	15	60,0	7	28,0	3	12,0	25	100,0

Tabla 4. Vinculación entre tipo de alteraciones hísticas y formas clínicas del carcinoma intraepitelial en la boca

Alteraciones hísticas	Formas clínicas del carcinoma intraepitelial en la boca							
	Leucoplásica		Eritroplásica		Eritroleucoplásica		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pérdida de la polaridad celular	15	60,0	7	28,0	3	12,0	25	100,0
Pérdida de la relación núcleo-citoplasma	13	65,0	5	25,0	2	10,0	20	100,0
Hiperplasia de la capa basal	9	50,0	6	33,3	3	16,7	18	100,0
Pleomorfismo de células y núcleos	15	60,0	7	28,0	3	12,0	25	100,0
Hiperchromatismo de los núcleos	15	60,0	7	28,0	3	12,0	25	100,0
Preservación de la membrana celular	15	60,0	7	28,0	3	12,0	25	100,0
Mitosis atípica	6	50,0	4	33,3	2	16,7	10	100,0
Pérdida de la adherencia epitelial	8	50,0	5	31,2	3	18,8	16	100,0

La cavidad oral, una entrada del sistema digestivo, está expuesta a estímulos químicos como fumar, beber y comer, así como a estímulos mecánicos que incluyen caries y aparatos protésicos mal ajustados, y se caracteriza por la existencia de múltiples circunstancias particulares y factores de riesgo (26).

4.3.3 Indicaciones para hacer una Biopsia

La biopsia oral está indicada para la confirmación de lesiones sospechosas de malignidad, lesiones precancerosas como las leucoplasias o eritroplasias y las ulceraciones orales sin causa evidente. En este sentido, se encuentran indicadas en lesiones aparentemente inflamatorias que no mejoran o desaparecen en dos semanas, tras eliminar los irritantes locales. También deberían biopsia las lesiones que interfieren con la función oral, lesiones de etiología poco clara, particularmente cuando se asocian a dolor, parestesia o anestesia y lesiones intersticiales en la musculatura lingual, bucal y labial (26)

4.3.4 Tipos de Biopsia.

1. Las características de la lesión

Biopsias directas: Cuando la lesión se encuentra posicionada sobre la mucosa oral y es fácilmente accesible. Este es el caso de los pre-cánceres orales y de las lesiones primarias neoplásicas.

Biopsias indirectas: cuando la lesión se encuentra recubierta de una mucosa aparentemente normal (26).

2. El área de la remoción quirúrgica

Biopsia incisional consiste en la remoción de una muestra representativa de la lesión y tejido adyacente normal con el objetivo de establecer un diagnóstico definitivo de forma previa al tratamiento.

Biopsia escisional se trata de la remoción completa de la lesión con un doble objetivo diagnóstico y terapéutico. Tan solo es posible cuando el tamaño lesional permite la escisión completa con márgenes adecuados sanos (26).

3. Según el momento de la biopsia respecto a la intervención quirúrgica.

Preoperatoria.

Intraoperatoria.

Postoperatoria con la finalidad de evaluar la eficacia del tratamiento.

4.3.5 Cuál es el material idóneo para las Biopsias orales

Con la finalidad de obtener especímenes de calidad, libres de artefactos y que permitan al patólogo establecer un adecuado diagnóstico histológico, de forma clásica se ha utilizado el bisturí frío como material usual en la ejecución de biopsias orales. Más recientemente, el bisturí circular (punch) se ha preconizado para las biopsias incisionales, especialmente las múltiples, por su sencillez en el empleo y por minimizar los artefactos en las muestras (16).

Sin embargo, esta circunstancia no ha podido ser demostrada de forma concluyente en estudios experimentales. La proporción de artefactos en las muestras (hendiduras, hemorragias, aplastamientos y pseudoquistes) ha resultado ser similar con ambos materiales (26).

Figura 4: Biopsia mediante punch



Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-12852008000100009

De forma específica debe evitarse el empleo de laser para la toma de biopsias orales sobre lesiones precancerosas o de cáncer oral, dado que se han descrito cambios displásicos, atipias citológicas, hiperchromatismo-pleomorfismo y elongación nuclear asociados al empleo de laser (CO₂. Nd:YAG), esta circunstancia induciría una fuerte confusión al patólogo.

Además existen distintos materiales auxiliares a la biopsia oral, fundamentalmente se han descrito pinzas fenestradas -Pinzas B del Prof. Bermejo (22), pinzas de chalazión de empleo en áreas perilabiales y lengua móvil, y el punch rotatorio para facilitar la biopsia en áreas de difícil acceso (26).

Figura 5: Pinzas de chalazion



Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-12852008000100009

4.3.6 Errores más frecuentes que deben ser evitados en las biopsias orales

- Presionar intempestivamente la muestra con las pinzas, especialmente si son dentadas y artefactar la muestra.
- Infiltrar la solución anestésica dentro de la lesión.
- Aplicar o pincelar productos en la superficie de la lesión que pueda generar modificaciones titulares.
- Usar un volumen insuficiente de fijador.
- Incluir en la muestra material proveniente de restauraciones dentales, cálculo o polvo de los guantes quirúrgicos.
- Tomar material no representativo o una cantidad insuficiente en extensión y en profundidad.

4.3.7 Selección del área a Biopsiar

Son preferibles biopsias escisionales en lesiones precancerosas de pequeño tamaño (<1 cm), por el contrario, en caso de lesiones con alta sospecha de malignidad o lesiones precancerosas de gran tamaño son preferibles biopsias incisionales. La tinción con azul de toluidina puede resultar útil en la elección de las áreas lesionales más representativas. Dado que es capaz de identificar zonas con alto riesgo de sufrir cambios displásicos, identificar lesiones con alto riesgo de malignización o carcinomas asintomáticos (26).

4.3.8 Técnica quirúrgica

Principios generales de la biopsia de forma previa al procedimiento quirúrgico debe efectuarse una historia clínica que recoja aspectos sobre la lesión referentes al tamaño, forma, color, textura, consistencia, tiempo de evolución, síntomas asociados y presencia de adenopatías loco regional, con la finalidad de establecer un diagnóstico clínico y un diagnóstico diferencial. Además, el paciente debería

recibir información al respecto evitando generar ansiedad para obtener el consentimiento informado adecuado a esta técnica.

4.3.9 Aspectos generales de la técnica quirúrgica

- Son preferibles técnicas de bloqueo troncular sobre las técnicas infiltrativas.
- Son preferibles incisiones paralelas a los nervios y los vasos, generalmente se utilizan incisiones elípticas que facilitan la sutura.
- En lesiones precancerosas de pequeño tamaño (<1 cm), estarían indicadas biopsias escisionales. Las lesiones mayores propiciarán biopsias incisionales que incluyan tejido lesional representativo, tejido transicional y márgenes sanos.
- En las lesiones malignas o con alta sospecha clínica de malignidad es obligatorio efectuar biopsias incisionales.
- Los especímenes deben ser orientados mediante un hilo de sutura e introducidos en un frasco con una solución fijadora adecuada (formol al 10%).

El número y la localización de las biopsias deben decidirse en base a la apariencia clínica de la lesión. En lesiones heterogéneas con diferentes aspectos clínicos deben tomarse varias muestras; generalmente el empleo de colorantes vitales como Azul de Toluidina resulta útil como procedimiento auxiliar para elegir las áreas más relevantes a biopsiar.

La muestra obtenida con tejido patológico y sano debe de presentar suficiente tamaño, de manera que se eviten problemas. Hay que considerar que procesos como la fijación del espécimen puede reducir sensiblemente su tamaño. Además, las muestras pequeñas son difíciles de orientar y de manipular (26).

4.4 Instrumental Quirúrgico

Los instrumentos quirúrgicos son fabricados para realizar una serie de técnicas y maniobras intraorales, actuando como prolongaciones las manos y los dedos del

operador. Estos se subdividen en instrumentales quirúrgico de tejido blando e instrumentales quirúrgicos de tejido duro.

Dentro de los instrumentales de tejido blando se encuentran: Bisturí: En la actualidad se dispone del bisturí eléctrico, el bisturí clásico, y el electro bisturí. El convencional o clásico consta de un mango y de una hoja cortante desechable.

Pinzas de tejidos



Fuente: <https://www.clinimark.es/material-medico/pinza-de-adson-con-sin-dientes/>

Mango de bisturí



Fuente: <https://www.hoyfarma.com/dispositivos/mango-para-bisturi-3-detail.html>

Hoja de bisturí



Fuente: <https://www.amazon.es/piezas-Hojas-bisturi-cuchillas-escalpelo/dp/B07BJLY9M5>

Tijera de corte



Fuente: <https://listado.mercadolibre.com.mx/tijera-quirurgica-curva#!messageGeolocation>

Gubias



Fuente: <https://www.prodentalia.es/es/clinica/instrumental/instrumental-sujecion/gubias-pinzas.html>

Limas para hueso



Fuente: <https://www.dentalix.com/es/carl-martin/1917-lima-hueso-miller-colburn>

Fresas



Fuente: <http://www.sumicarol.com/noticias/147/presentamos-el-nuevo-juego-de-fresas-rotativas-metal-duro-nordiflex>

4.4.1 Preparación del campo quirúrgico

Ocasionalmente puede emplearse compuestos con amonio cuaternario. Aunque de forma usual se utilizan enjuagues con clorhexidina al 0,12-0,20%. No deben utilizarse antisépticos que contengan Yodo (52).

-Anestesia local: Deben evitarse anestésicos infiltrativos intralesionales que introducen artefactos importantes en los especímenes.

-La Incisión: Se inmoviliza el tejido con una pinzas de Allis sin dientes y se efectúa una incisión elíptica "en gajo de naranja" que incluya tejido representativo y tejido sano. Si existen diversas lesiones deben efectuarse varias biopsias (52).

Campo quirúrgico



Fuente: <http://www.prosemedic.com/medidas-de-bioseguridad-en-el-quiroyano/>

Materiales quirúrgicos



Fuente: <https://odontopromoxivunerg.files.wordpress.com/2013/01/1.pdf>

-Manipulación de los tejidos: Las muestras deben tratarse cuidadosamente evitando artefactos (hendiduras, pseudoquistes, aplastamientos, hemorragias y fragmentación). Algunos autores han propuesto colocar los especímenes en papel estéril mirando hacia arriba para evitar la distorsión y el "curling" en los márgenes de las muestras pequeñas. Como agente fijador se utiliza formalina al 10%, dado que induce pocas alteraciones titulares y ocasionalmente el etanol al 70% podría ser usado (52).

Sin embargo, deben evitarse el alcohol metílico o isopropílico, el suero salino y el agua destilada, en virtud de las alteraciones inducidas por estos agentes. El volumen de las soluciones fijadoras debe exceder 10 a 20 veces el volumen de la muestra. En cualquier caso el material remitido al patólogo debe acompañarse de una breve historia clínica, con el diagnóstico de presunción y otros diagnósticos diferenciales; así como un diagrama explicativo del área biopsiada.

-Sutura: Debería lograr una hemostasia adecuada, facilitar la curación de la herida y en caso de ser no reabsorbible debe eliminarse después de 6 a 8 días.

Se concluye esta revisión resaltando la necesidad de reforzar aspectos educativos para fomentar el empleo rutinario de las biopsias orales como

procedimiento diagnóstico entre los odontólogos y estomatólogos. La posibilidad de emplear diferentes materiales (bisturí frío o punch), junto con materiales auxiliares (pinzas fenestradas y material rotatorio), evitando materiales que produzcan daño térmico (electrobisturí y LASER) para proporcionar especímenes de alta calidad al patólogo. Se propone efectuar biopsias incisionales en lesiones malignas y sospechosas de malignidad, en tanto se preconiza para las lesiones precancerosas, las biopsias escisionales, cuando el tamaño y las circunstancias clínicas lo permitan (53).

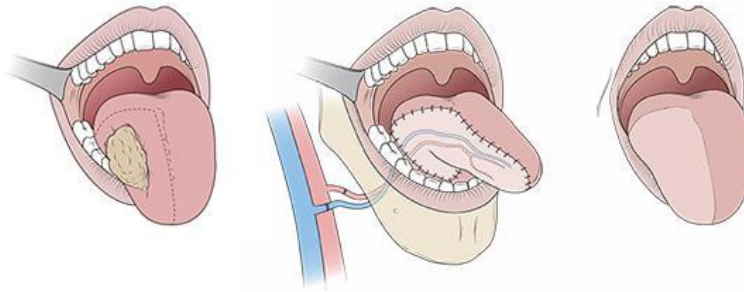
4.4.2 Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes para la extirpación del cáncer oral y orofaríngeo incluyen lo siguiente:

4.4.3 Cirugía del tumor primario: El tumor y un margen del tejido sano circundante se extirpan para disminuir la posibilidad de que queden algunas células cancerosas. El tumor puede extirparse por la boca o a través de una incisión en el cuello. Es posible que también deba practicarse una mandibulectomía, que consiste en la resección del hueso de la mandíbula para que el cirujano pueda obtener acceso al tumor (54).



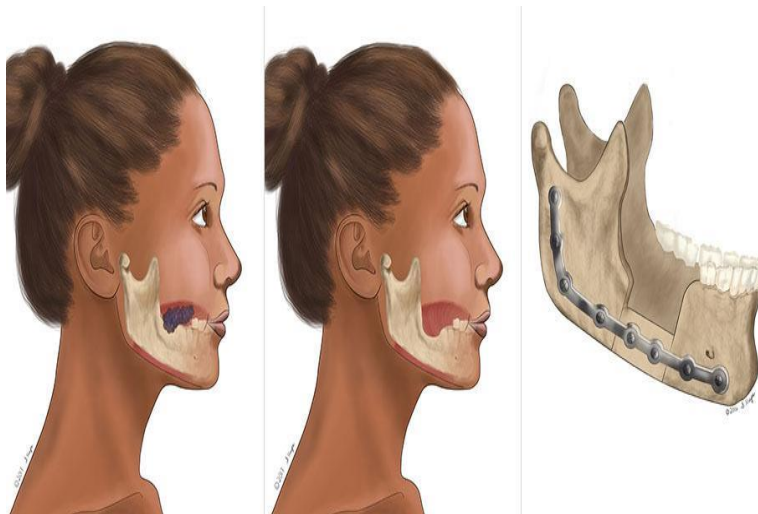
Fuente: <https://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/orl.17081/20180>

4.4.4 Glossectomía: Es la extirpación parcial o total de la lengua.



Fuente: <https://hospital.uillinois.edu/es/primary-and-specialty-care/otorrinolarigologia/cirugia-para-cancer-de-cabeza-y-cuello/tratamientos-quirurgicos/cirugia-de-la-lengua>

4.4.5 Mandibulectomía: Si el tumor ingresó a un maxilar, pero no se diseminó al hueso, se extirpará una parte del maxilar o la totalidad de este. Si hay evidencia de la destrucción de la mandíbula en una radiografía, podría ser necesario extirpar todo el hueso (54).



Fuente: <https://hospital.uillinois.edu/es/primary-and-specialty-care/otorrinolarigologia/cirugia-para-cancer-de-cabeza-y-cuello/tratamientos-quirurgicos/mandibulectomia>

4.4.6 Maxilectomía: Es una cirugía en la que se extirpa parte o la totalidad del paladar duro, que consiste en la bóveda ósea de la boca. Se pueden colocar

prótesis (dispositivos artificiales) o, más recientemente, usar colgajos de tejido blando con o sin hueso para rellenar los espacios creados durante esta operación (55).



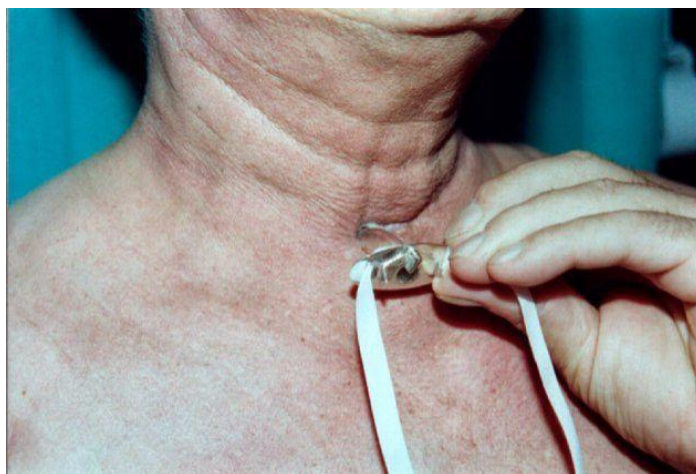
Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Imagenes-durante-maxilectomia-de-infraestructura-donde-se-senala-la-lesion_fig2_287855359

4.4.7 Vaciamiento del cuello: El cáncer de la cavidad oral y la orofaringe frecuentemente se disemina a los ganglios linfáticos del cuello. La prevención de la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos es un objetivo importante del tratamiento. Puede ser necesario extirpar algunos o todos estos ganglios linfáticos mediante un procedimiento quirúrgico llamado vaciamiento del cuello, incluso si los ganglios linfáticos no muestran evidencia de cáncer cuando se examinan (55).



Fuente: <http://sociedaddecitologia.org.ar/sac/casos/casos-junio-de-2012-reaccion-giganto-celular/>

4.4.8 Laringectomía: La laringectomía es la extirpación completa o parcial de la laringe o la caja de la voz. Si bien la laringe es importante para producir sonidos, también es esencial para la deglución porque protege la vía respiratoria al impedir que los alimentos y los líquidos ingresen a la tráquea y lleguen a los pulmones, lo que puede causar neumonía. Es muy raro que se necesite de una laringectomía para tratar el cáncer oral u orofaríngeo (56).

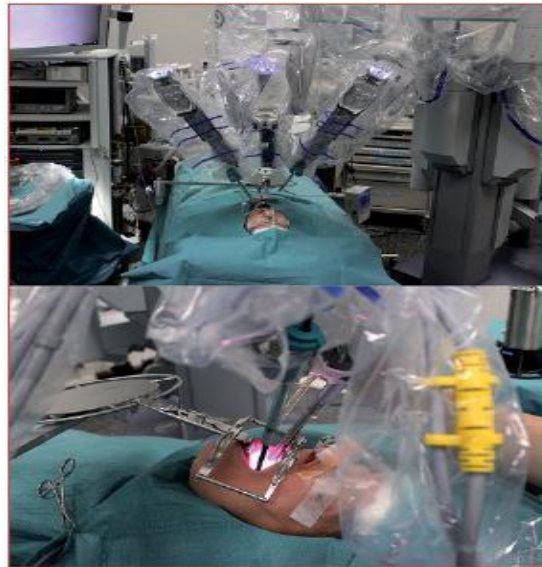


Fuente: https://www.lacomarcadepuertollano.com/diario/noticia/2018_06_12/14

Sin embargo, ante la presencia de un tumor grande de la lengua o la orofaringe, es probable que el médico deba extirpar la laringe para proteger las vías respiratorias al tragar. Si se extirpa la laringe, la tráquea se vuelve a unir a la piel del cuello donde se realiza un orificio llamado estoma o traqueotomía (consulte más abajo). Se necesitará rehabilitación para aprender una nueva forma de hablar (56).

4.4.9 Cirugía robótica transoral y microcirugía transoral con láser: La cirugía robótica transoral (transoral robotic surgery, TORS) y la microcirugía transoral con láser (transoral laser microsurgery, TLM) son procedimientos quirúrgicos

mínimamente invasivos. Esto significa que no requieren cortes grandes para acceder y extirpar un tumor (57).



Fuente: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000300010

En la TORS, se utiliza un endoscopio para observar un tumor en la garganta, la base de la lengua y las amígdalas. Luego, 2 instrumentos robóticos pequeños actúan como los brazos del cirujano para extirpar el tumor. En la TLM, se introduce a través de la boca un endoscopio conectado a un láser. Luego, el láser se utiliza para extirpar el tumor. El láser es un rayo angosto de luz de alta intensidad.

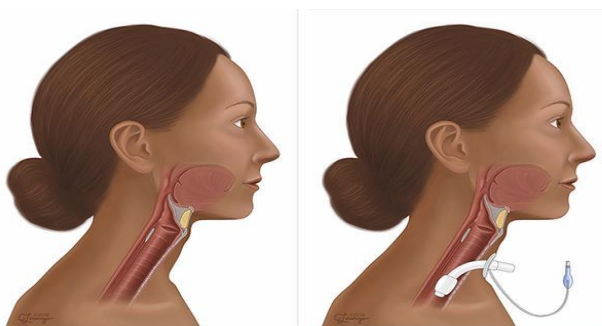
4.5 Es posible que también se necesiten otros tipos de cirugía, entre las que se incluyen las siguientes:

4.5.1 Cirugía micrográfica: Este tipo de cirugía se utiliza con frecuencia para tratar el cáncer de piel y algunas veces se puede utilizar para tumores de la cavidad oral. Puede reducir la cantidad de tejido sano que se extirpa. Esta técnica se utiliza con frecuencia en el cáncer de labio. Implica extirpar el tumor visible, además de pequeños fragmentos de tejido que rodea al tumor. Cada pequeño fragmento se examina con un microscopio hasta extirpar todo el cáncer (58).



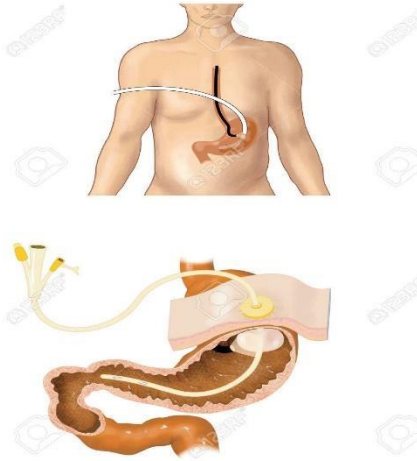
Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Figura-5-Cirugia-Micrografica-de-Mohs-Estado-I-Resecion-transfixiante-del-labio_fig5_260775097

4.5.2 Traqueotomía: Si el cáncer obstruye la vía respiratoria o es demasiado grande para su extirpación total, se realiza un orificio en el cuello. Este orificio se llama traqueotomía. Luego, se coloca un tubo de traqueotomía y la persona respira a través de él. Una traqueotomía puede ser temporal o permanente (59).



Fuente: <https://hospital.uillinois.edu/es/primary-and-specialty-care/otorrinolarigologia/cirugia-para-cancer-de-cabeza-y-cuello/tratamientos-quirurgicos/traqueotomia>

4.5.3 Tubo de gastrostomía: Si el cáncer impide que la persona pueda tragar, se coloca un dispositivo de alimentación denominado tubo de gastrostomía. El tubo pasa a través de la piel y el músculo abdominal directamente dentro del estómago. Estas sondas pueden ser un método temporal para mantener la nutrición hasta que la persona pueda tragar por la boca adecuadamente y de manera segura los alimentos ingeridos (59).



Fuente: https://es.123rf.com/photo_40275175_dibujo-de-un-tubo-peg-gastrostom%C3%ADa-endosc%C3%B3pica-percut%C3%A1nea-con-la-secci%C3%B3n-transversal-del-est%C3%B3mago-que-muestra-el-.html

Para problemas de deglución que son temporales, es posible utilizar una sonda (tubo) nasogástrica (NG) en lugar de una sonda dentro del estómago. La sonda NG se introduce a través de la nariz hasta el esófago y dentro del estómago.

4.5.4 Reconstrucción: Si el tratamiento requiere la extirpación de grandes áreas de tejido, quizás sea necesario realizar una cirugía reconstructiva para ayudar al paciente a tragar y hablar nuevamente. Es posible tomar hueso o tejido sano de otras partes del cuerpo para rellenar los espacios que dejó el tumor o reemplazar parte del labio, la lengua, el paladar o la mandíbula (60).



Fuente: www.antena3.com/noticias/mundo/sorprendente-reconstruccion-facial-trasplante-cara-que-devuelto-ganas-vivir-joven-anos_201811305c01324c0cf2d96fe2f224bf.html.

Un prostodoncista puede hacer una parte dental o facial artificial para ayudar con la deglución y el habla. Un logopeda también puede enseñar al paciente a comunicarse utilizando nuevas técnicas o equipos especiales y también puede ayudar a los pacientes que tienen dificultad para comer después de la cirugía o de la radioterapia para que recuperen la capacidad de tragar (61).

Prostodoncista



Logopeda



Fuente: <https://www.etapainfantil.com/logopedia-terapia-lenguaje>

4.6 Se pueden utilizar las siguientes pruebas para diagnosticar el cáncer oral u orofaríngeo:

Examen físico: Los dentistas y los médicos suelen detectar el cáncer de labio y el de la cavidad oral durante los controles de rutina. Si una persona presenta signos de cáncer oral u orofaríngeo, el médico comprobará los antecedentes médicos completos e interrogará acerca de los síntomas y factores de riesgo del paciente (62).

Endoscopia: La endoscopia le permite al médico observar el interior de la boca y la garganta. Generalmente, se introduce un tubo delgado y flexible que tiene una luz y una lente de visión, llamado endoscopio, a través de la nariz para examinar las áreas de la cabeza y el cuello. A veces, se coloca un endoscopio rígido, que es un tubo hueco con una luz y una lente de visión, en la parte posterior de la boca para observar más detalladamente la parte posterior de la garganta (62).

Biopsia: Una biopsia es la extirpación de una cantidad pequeña de tejido para examinar a través de un microscopio. Otras pruebas pueden indicar la presencia de cáncer, pero solo una biopsia puede permitir formular un diagnóstico definitivo. El tipo de biopsia que se realiza dependerá de la ubicación del cáncer. Durante una biopsia por aspiración con aguja fina, se extraen células con una aguja fina que se inserta directamente en el área sospechosa. Luego, un patólogo analiza las células. Un patólogo es un médico que se especializa en interpretar pruebas de laboratorio y evaluar células, tejidos y órganos para diagnosticar enfermedades (63).

Biopsia oral por cepillo: Durante los exámenes dentales de rutina, algunos dentistas usan una técnica sencilla y más reciente para detectar el cáncer oral. En

esta técnica, el dentista usa un pequeño cepillo para recolectar muestras de células de una superficie sospechosa. La muestra se envía a un laboratorio para ser analizada. Este procedimiento puede realizarse en el sillón del dentista en forma indolora o casi sin dolor. Si se detecta cáncer mediante la utilización de este método, se recomienda realizar una biopsia tradicional para confirmar los resultados (63).

Prueba del VPH: La prueba del VPH se puede realizar en una muestra del tumor extraída durante la biopsia. Como se describe en Factores de riesgo y prevención, el VPH se ha vinculado con un mayor riesgo de cáncer orofaríngeo. Saber si una persona tiene el VPH puede ayudar a determinar el estadio del cáncer y las opciones de tratamiento que probablemente sean más eficaces (64).

Radiografía: Una radiografía es un modo de crear una imagen de las estructuras internas del cuerpo usando una pequeña cantidad de radiación. Su dentista o su médico pueden recomendar radiografías para detectar hallazgos anormales en la boca o el cuello (65).

Tomografía computarizada: Una exploración por CT crea imágenes del interior del cuerpo utilizando rayos X que se toman desde diferentes ángulos. Una computadora combina estas imágenes en una imagen detallada tridimensional que muestra las anomalías o los tumores. Se puede utilizar una exploración por CT para medir el tamaño del tumor, puede ayudar al médico a decidir si es posible extirpar el tumor quirúrgicamente y muestra si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos del cuello o del maxilar inferior. En ocasiones, se administra un tinte especial, denominado medio de contraste, antes de la exploración, a fin de obtener mejores detalles en la imagen. Este tinte se puede inyectar en una vena del paciente o puede administrarse en forma de pastilla o líquido para tragar (65).

Ingestión de bario/ingestión modificada de bario: Existen 2 pruebas de ingestión de bario que generalmente se utilizan para observar la orofaringe y la

deglución de un paciente. La primera es una ingestión de bario tradicional. Durante un examen de radiografía, se pide al paciente que ingiera bario líquido. Esto permite que el médico detecte cualquier cambio en la estructura de la cavidad oral y la garganta y observar si el líquido pasa al estómago con facilidad. Se puede usar una ingestión modificada de bario, o videofluoroscopia, para evaluar las dificultades de la deglución (65).

Imágenes por resonancia magnética: La MRI (en inglés) utiliza campos magnéticos, en lugar de rayos X, para producir imágenes detalladas del cuerpo, en especial imágenes del tejido blando, como las amígdalas y la base de la lengua. Se pueden usar las MRI para medir el tamaño del tumor. Antes de la exploración, se administra un tinte especial denominado medio de contraste a fin de crear una imagen más clara. Este tinte se puede inyectar en una vena del paciente o puede administrarse en forma de pastilla o líquido para tragar (66).

Ultrasonido: Un ultrasonido utiliza ondas de sonido para crear una imagen de los órganos internos. Esta prueba puede detectar la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos del cuello, llamados ganglios linfáticos cervicales (66).

Estudio de tomografía por emisión de positrones: Una exploración por PET generalmente se combina con una exploración por CT (consulte más arriba), lo cual se denomina exploración por PET-CT. Sin embargo, es posible que escuche al médico hablar de este procedimiento como simplemente una exploración por PET. La PET es una forma de crear imágenes de los órganos y los tejidos internos del cuerpo. Una pequeña cantidad de una sustancia azucarada radiactiva se inyecta en el cuerpo del paciente. Esta sustancia azucarada es absorbida por las células que utilizan la mayor cantidad de energía (66).

5. Hipótesis

El conocimiento y actitudes con respecto a los factores de alto riesgo y toma de decisión del cáncer oral son altas entre los estudiantes de las clínicas dental de grado de la Universidad Iberoamericana.

6. ASPECTOS Metodológicos

6.1 Diseño del estudio

El diseño de esta investigación es cuasi experimental. Según Arias (49) este diseño es “casi” un experimento, excepto por la falta de control en la conformación inicial de los grupos, ya que al no ser asignados al azar los sujetos, se carece de seguridad en cuanto a la homogeneidad o equivalencia de los grupos, lo que afecta la posibilidad de afirmar que los resultados son producto de la variable independiente o tratamiento.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

En el desarrollo de la investigación se utilizó métodos descriptivos y exploratorios. Según Arias (49) la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento y la investigación exploratoria aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento (49).

6.3 MÉTODO DE ESTUDIO

El método utilizado en esta investigación fue métodos analíticos y métodos sintéticos. Según Calduch (50) el método analítico parte de la descripción general de una realidad para realizar la distinción, conocimiento y clasificación de los elementos esenciales que forman parte de ella y de las relaciones que mantienen entre sí. Mientras que el método sintético se parte el conocimiento de los elementos esenciales e imprescindibles de una realidad y de las relaciones que los unen para tratar de alcanzar un conocimiento general y simplificado de dicha realidad considerada de un todo (50).

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se seleccionó estudiantes activos e inscritos en Clínica II, Clínica III, Clínica IV y Clínica V.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Quedan excluidos los estudiantes de clínica 1, ya que los mismos no han hecho práctica con pacientes en vivo.

Queda excluido cualquier estudiante que decida abandonar o no participar en este cuestionario.

6.6 CRITERIOS DE ANULACIÓN

Si por alguna razón el encuestado no termina el cuestionario o los datos no están correctamente enviados serán anulados.

6.7 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Los estudiantes de clínica II a V en la Clínica Odontológica de grado en UNIBE. Los estudiantes activos en el semestre mayo-agosto 2020 son un total de 119 estudiantes, repartidos: Clínica II: 45, Clínica III: 3, Clínica IV: 16 y Clínica V: 55.

Muestra: Los estudiantes activos en la clínica dentales de pre-grado en UNIBE con una población total de 119 estudiantes, el tamaño de la muestra fue de 110 encuestados. Obteniendo un nivel de confianza del 99%.

6.8 VARIABLES

En referencia a (Arias 2012) Un sistema de variables es el conjunto de características cambiantes que se relacionan según su dependencia o función en una investigación. Siendo el variable Dependiente: Nivel de clínica y el Independiente: Nivel de conocimiento

6.9 PROCEDIMIENTO

Aprobacion por el comité de etica (ver anexo)

Fue redactado y modificado un cuestionario a partir del artículo “Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students” publicado por Graham R Ogden & Lachlan M Carter para evaluar el conocimiento de los estudiantes de grado de medicina y odontología. El mismo fue modificado y redactado para encuestar los

estudiantes de grado en las clínicas dental (II, III, IV, V) de la Univesidad Iberoamericana. El cuestionario consiste en 15 pregunta que evalua el nivel de clinica, edad, sexo, y conocimientos sobre el cancer oral. Se evalua la capacidad de detectar y reconocer cambios en la mucosa potencialmente malignos (Ver Anexo).

Los estudiantes en las clínicas dental de grado en la Universidad Iberoamericana fueron contactados por WhatsApp y correos electrónicos solicitándoles su participación en la encuesta. Iniciando todos los encuestados son presentados con información del estudio y un consentimiento informado (ver anexo)el cual debe ser aprobado antes de continuar con la encuesta. Según los datos suministrada vía correo electrónico vía la secretaria encargada Lic. Ivette de León se encuentran un total de 119 estudiantes entre las clínicas dental (2, 3,4, y 5), distribuidos de tal manera: Clínica Integral II = 45 estudiantes, Clínica Integral III = 3 estudiantes, Clínica Integral IV = 16 estudiantes, Clínica Integral V = 55 estudiantes. La encuesta al llenar consiste en 15 preguntas y no posee riesgo de ningún tipo este estudio. Los datos serán recolectados vía un cuestionario en google donde estarán bajo protección sin acceso no autorizado. Los resultados serán sólo utilizados en este estudio y solo los encuestadores tendrán acceso a la información.

6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente primaria de esta investigación consiste en los datos recolectados y sus respuestas mientras que la fuente secundaria se basa en los artículos científicos investigados.

6.11 TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Se utilizó estadística descriptiva en la presentación de los datos. Los datos se diseñaron en gráficas circulares y tablas de comparación elaboradas en Google Forms y la prueba exacta de Fisher.

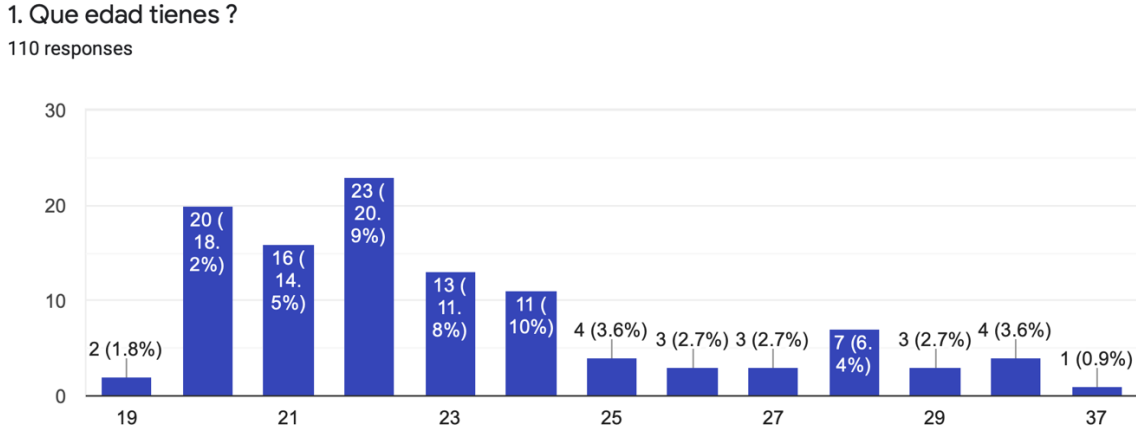
6.12 RESULTADOS

Se ha realizado el análisis de la población según los siguientes parámetros; el número de estudiantes en la clínica dental (II, III, IV, V) de la Universidad Iberoamericana es de 119 integrantes. El total de estudiantes de los cuales se pudo obtener contacto fue de 119 de los cuales 119 tienen número de WhatsApp y correos válidos, generando un total de 119 estudiantes. Entre los 119 entrevistados se obtuvo 110 respuestas válidas por parte de los estudiantes.

En referencia a la edad cronológica de los estudiantes se pudo constatar que (1.8%) 19 años, (18.2%) 20 años , (14.5%) 21 años, (20.9%) 22 años, (11.8%) 23 años, (10%) 24 años, (3.6%) 25 años, (2.7%) 26 años, (2.7%) 27 años, (6.4%) 28 años, (2.7%) 29 años, (3.6%) 30 años, (0.9%) 37 años referente a la gráfica 1

GRÁFICO NO. 1

Cuál es la edad de los encuestados.



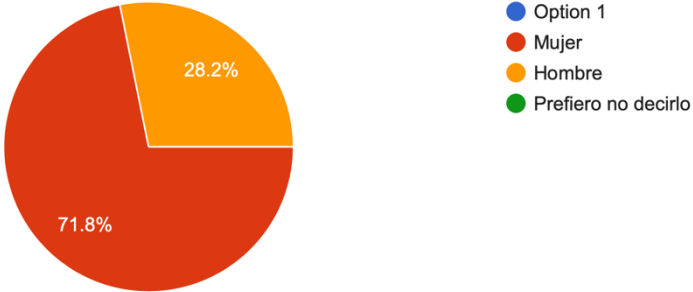
FUENTE: cuestionario autoadministrado.

Este interrogante nos muestra el sexo de los participantes en la encuesta siendo el (71.8%) mujeres y (28.2%) hombres respectivamente en referencia a la gráfica 2. En este grafico se observa que la mayoría de estudiantes de clínica tienen una edad promedio de 21 a 23 años siendo el porcentaje más elevado y el resto de 24 a los 37 años.

GRÁFICO NO. 2

Cuál es el sexo de los encuestados

2. Sexo?
110 responses



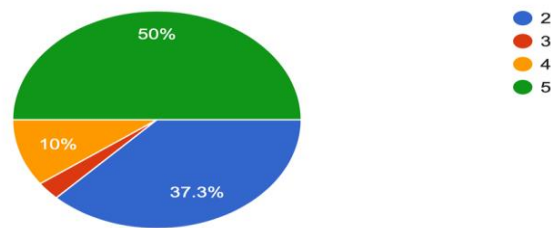
FUENTE: cuestionario autoadministrado.

En referencia al nivel clínica de los encuestados se puede constatar que el nivel de clínica de los entrevistados son: (50%) Clínica V, (37.3%) Clínica II, (10%) Clínica IV y (2.7%) Clínica III referente a la gráfica 3. Aquí se demuestra que en nuestra carrera de odontología predomina el sexo femenino.

GRÁFICO NO. 3

El nivel de clínica en que se encuentran los encuestados.

3. En cual clínica estas ?
110 responses



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

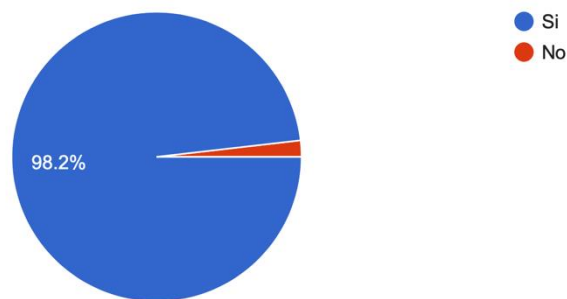
Este interrogante nos indica la relación de actitud del encuestado teniendo un (98.2%) de los entrevistados examinan rutinariamente la mucosa oral del paciente, mientras que (1.8%) respondió que no examinan rutinariamente la mucosa del paciente. Esto nos indica una buena actitud en referencia a la gráfica 4.

GRÁFICO NO. 4

Observar los parámetros que toman los encuestados en el chequeo rutinario del paciente.

4. Examinas la mucosa oral del paciente rutinariamente ?

110 responses



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

Esta pregunta evalúa el conocimiento de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes, dando como respuesta más común el tabaquismo, luego genética, VPH y por ultimo Alcohol en referencia a la gráfica 6. Aquí se observó que los encuestados si examinan la mucosa oral con regularidad en sus consultas.

GRÁFICO NO. 6

Nivel de conocimiento de los encuestados sobre el cáncer oral .

Factores De alto Riesgo	Tabaquismo	Genética	VPH	Alcohol	Total
Clínica II	37	2	0	2	41
Clínica III	3	0	0	0	3
Clínica IV	6	5	0	0	11
Clínica V	47	3	5	0	55

TOTAL	93	10	5	2	110
-------	----	----	---	---	-----

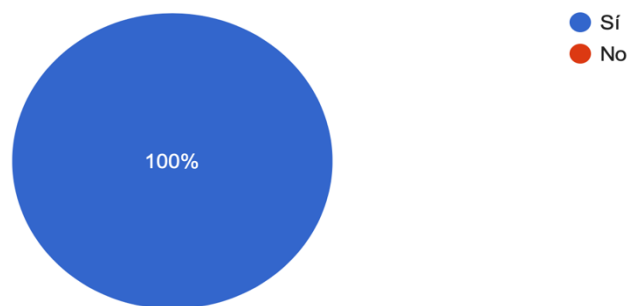
Para demostrar la hipótesis de que “El conocimiento y actitudes sobre los factores de alto riesgo del cáncer oral es alta entre los estudiantes de las clínicas dental de grado de unibe” se utilizó la prueba exacta de Fisher en referencia a la gráfica 7. También pudimos observar que la mayoría de encuestados respondieron correctamente sobre los factores de riesgo más común del cáncer oral siendo el tabaquismo el más importante. $P=.004439$

GRÁFICO NO. 7

Conocer el grado de empatía del encuestado con el paciente en sus consultas privadas.

7. Cuando te gradues vas a advertirle a los pacientes sobre los factores de riesgo del cáncer oral ?

110 respuestas



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

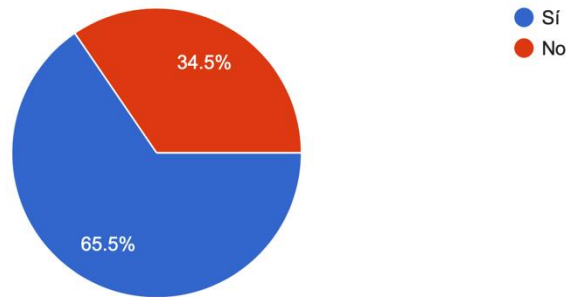
Los resultados de esta pregunta sugieren que el (100%) de los estudiantes van a advertirle a sus pacientes sobre los factores de riesgo del cáncer oral en referencia a la gráfica 7.

GRÁFICO NO. 8

Saber si es común que los encuestados evalúen este tipo de lesiones.

8. Haz examinado pacientes con lesiones orales ?

110 responses



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

Los resultados de esta pregunta nos indica que el (65.5%) de los encuestados han examinado pacientes con lesiones orales, mientras que el (34.5%) no ha examinado pacientes con lesiones orales en referencia a la gráfica 8.

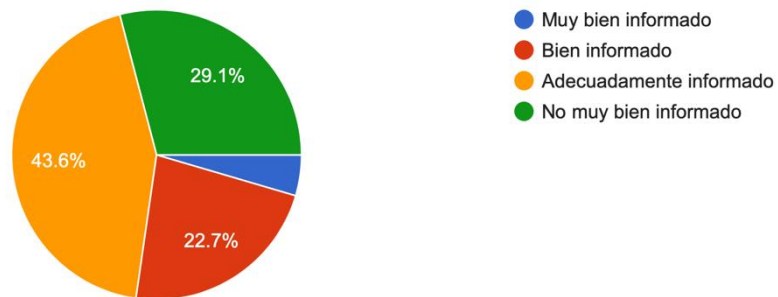
GRÁFICO NO. 9

Evaluar el grado de conocimiento sobre el cáncer oral.

Los participantes consideraron que en referencia a la apariencia clínica del cáncer oral (43.6%) se siente adecuadamente informado, (29.1%) no muy bien informado, (22.7%) bien informado y (4.5%) muy bien informado en referencia a la gráfica 9.

9. En referencia a la apariencia clínica del cancer oral te sientes ?

110 responses



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

GRÁFICO NO. 10

Cuáles son los cambios más comunes en la cavidad oral

Cambios Asociados al cáncer oral	No sé/ Vacío	Erosiones/llagas/ ulceras	Luecoplasi	Liquen Plano	Pigmentación oscura	Inflamación/Dolor	Hiperplasias
Clínica II	17	6	0	0	3	13	2
Clínica III	1	2	0	0	0	0	0
Clínica IV	0	7	2	2	0	0	0
Clínica V	0	11	17	0	15	7	5
Total	18	26	19	2	18	20	7

En esta pregunta los participantes fueron cuestionados sobre cuáles cambios ellos asocian al cáncer bucal, se utilizó el test exacto de fisher para verificar la asociación entre el grado de conocimiento y el nivel de clínica de los participantes en referencia a la gráfica 10. Donde la mayoría contestó que las erosiones y llagas era el cambio más común, otro grupo contestó que hay inflamación y dolor con frecuencia y luego en orden descendente contestaron que se observa leucoplasias, pigmentación oscura otros no sabían la respuesta y el mínimo contestó hiperplasias. $P=.004439$

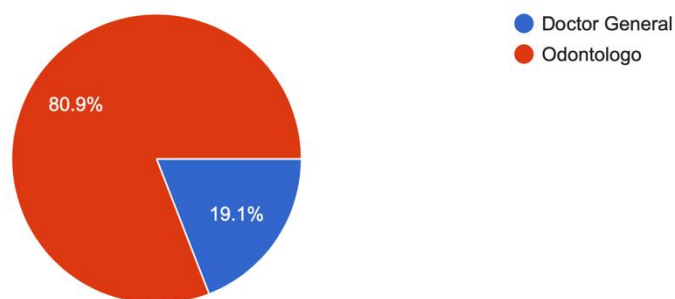
GRÁFICO NO. 11

Conocer si el encuestado sabe dónde se debe tratar el paciente esta lesión.

En cuanto "Hacia Dónde debe dirigirse un paciente con una lesión oral" el (80.9%) considera que un paciente con una lesión oral debe dirigirse hacia un Odontólogo, mientras que el (19.1%) refiere a un Doctor General en referencia a la gráfica 11.

11. Hacia dónde debe dirigirse un paciente con una lesión oral ?

110 responses



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

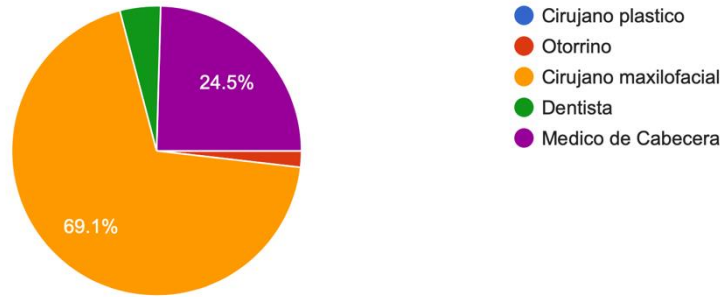
Esta Grafica muestra hacia donde los encuestados refieren a un paciente con una lesión oral maligna siendo el (69.1%) Cirujano Maxilofacial, (24.5%) Médico de Cabecera, (4.5%) Dentista General, y el (1.8%) al otorrino en referencia a la gráfica 12.

GRÁFICO NO. 12

Evaluar el conocimiento de quien debe tratar esta lesión en los encuestados.

12. Cuando te gradúes hacia donde refieres un paciente con una lesión maligna oral ?

110 respuestas



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

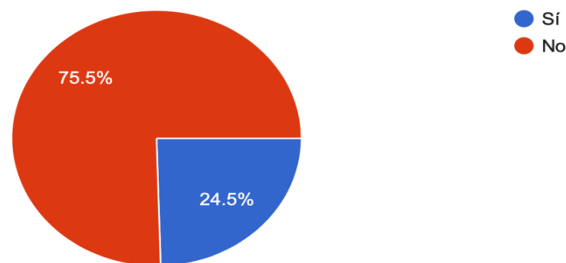
Esta pregunta sugiere que el (75.5%) de los participantes siente que no tiene conocimiento suficiente en lo que es la detección y prevención del cáncer oral, mientras que el (24.5%) siente que si tiene conocimiento suficiente en lo que es la detección y prevención del cáncer oral en referencia a la gráfica 13.

GRÁFICO NO. 13

Evaluar si los encuestados tienen la capacidad de detener y prevenir el cáncer oral.

13. Usted siente que tiene el conocimiento suficiente en lo que es la detección y prevención del cancer oral ?

110 respuestas



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

La mayoría de los encuestados respondieron en un 75% que no se sienten suficientemente preparados para prevenir y detener el cáncer oral en la salud bucal del paciente por eso nuestra tesis ayuda a informar a los estudiantes sobre este

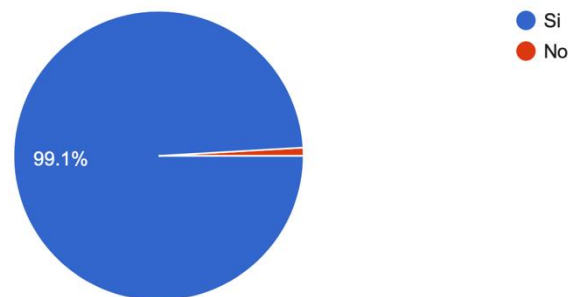
cáncer que va aumentando con el pasar de los años y solo un 24.5% siente que puede combatirlo en sus consultas con sus pacientes que es un porcentaje muy bajo en nuestra clínica odontológica.

GRÁFICO NO. 14

Conocer el nivel de interés sobre el tema de los encuestados.

14. Te gustaría mas información o enseñanzas sobre el cáncer oral ?

110 responses



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

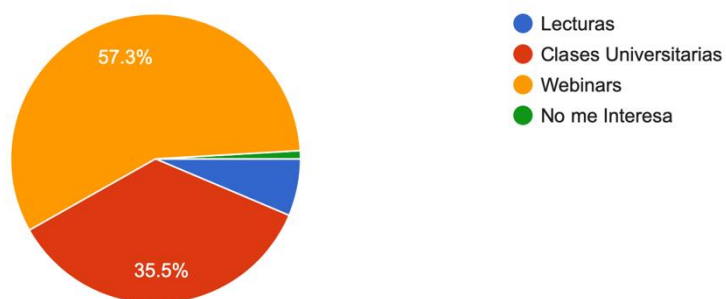
Los resultados de esta pregunta surgiere que el (99.1%) les gustaría más enseñanzas sobre el cáncer oral y (0.9%) no le interesa. Es algo positivo que la mayoría de estudiantes quieran estar más informados sobre el tema y tengan deseos de aprender aún más.

GRÁFICO NO. 15

Cuales vías de enseñanzas son más factibles para los encuestados.

15. Si tu respuesta es Sí por cuales vías te gustaría las enseñanzas ?

110 responses



FUENTE: cuestionario autoadministrado.

Esta pregunta nos indica por cuales vías le interesa recibir enseñanzas sobre el cáncer oral siendo un (57.3%) Webinars, (35.5%) Clases Universitarias, Lecturas con un (6.4%) y a un (0.9%) no le interesa.

Discusión

El conocimiento y la habilidad de poder diagnosticar el cáncer oral en sus etapas iniciales juegan un papel muy importante en la estomatología. El instruir a los pacientes sobre factores de alto riesgo como modo de prevención y el poder

identificar lesiones iniciales nos brinda un mejor pronóstico. Debido al aumento en la incidencia del cáncer oral y el incremento en el uso de productos considerados factores de riesgo como el Alcohol y cigarrillos debemos asegurarnos que los Dentistas de mañana se sientan con la capacidad y preparación necesaria para evaluar, detectar, y referir lesiones potencialmente malignas en la práctica profesional.

El propósito del estudio fue evaluar el conocimiento y conciencia del cáncer oral entre los estudiantes de odontología en las clínicas dental (II, III, IV, V) en la Universidad Iberoamericana. Fueron evaluados 110 estudiantes de los cuales (37.3%) pertenecían a clínica II, (2.7%) Clínica III, (10%) Clínica IV y (50%) Clínica V respectivamente. Para la evaluación del nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario de 15 preguntas distribuido entre los participantes.

Los resultados obtenidos nos indican que el nivel de conocimiento y conciencia sobre los factores de alto riesgo del cáncer oral entre los estudiantes de Clínica II a la V, fue elevado por que la gran mayoría contesto que el factor de riesgo principal es el cáncer oral en la encuesta realizada.

Se han realizado diversos estudios evaluando el nivel de conocimiento entre estudiantes y profesionales en el área de estomatología. Soares et al (51), (resalto que en una muestra de 133 estudiantes predominando el sexo femenina (58.65%) entre las edades de 20-30 (75.14%) destacaron que el consumo de tabaco y alcohol, (92.48%) y (84.21%) respectivamente. El mismo estudio reveló que (48.12%) de los encuestados describieron el carcinoma de células escamosas como el cáncer más común, (53.38%) describió la lengua como el lugar de tumor más frecuente y (57.89%) describió úlcera como aspecto más frecuente clínicamente. Mientras que en las clinicas integrales en la universidad iberoamericana se reporto un 71.8% femenina y 28.2% masculino respectivamente. Un 84.5% indico tabaquismo, 9% genetica, 4.5% VPH y alchol con un 1.8%. La diferencia en resultados puede ser atribuida al formato de las preguntas en el cuestionario.

ELGAZZAR, R. (2018) público que aproximadamente (55%) de los estudiantes en grado pensaron haber recibido suficiente información e instrucción sobre el cáncer oral, (37%) tenían conocimiento suficiente, (24%) no estaba seguro y (18%) información inadecuada. El (96%) determinaron que el uso de tabaco es un factor de riesgo pero solo (43%) sabían que el alcohol es un factor de riesgo. El estudio reveló que más estudiantes y odontólogos generales necesitan más educación e instrucción en referencia al cáncer oral. En la Clínicas Integrales de unibe un 43.6% indicaron que se sienten adecuadamente informado, un 29.1% no muy bien informado, un 22.7% bien informado, mientras que un 4.6% se siente bien informado.

KESER et al, (2019) realizó un estudio donde 198 estudiantes participaron 99 o (50%) de tercer año y 99 (50%) quinto año. El mayor número de estudiantes de tercer y último grado identificó consumo de tabaco (98%) y alcohol (87,4%), lesiones de cáncer oral previas (94,9%), infecciones virales (91,9%), exposición a los rayos UV (94,4%), mordisqueo (84,8%), mayor edad (62,1%) y bajo consumo de frutas y verduras (85,4%). Ambos indicaron el carcinoma de células escamosas como la forma más común de cáncer oral. Este estudio destacó la importancia de mejorar los métodos educativos para la odontología en la detección y prevención del cáncer bucal. En nuestros resultados pudimos comprobar que comparado con los otros estudios que encontramos en nuestras clínicas integrales de la Universidad Iberoamericana un 84.5% indicaron el tabaquismo, como factor de riesgo, un 9% genética, 4.5% VPH y un 1.8% alcohol, mientras que el 23,6% indicó las úlceras como el más frecuente. En la Clínicas Integrales de la Universidad Iberoamericana un 43.6% indicaron que se sienten adecuadamente informado, un 29.1% no muy bien informado, un 22.7% bien informado, mientras que un 4.6% se siente muy bien informado.

CONCLUSION

La mayoría están adecuadamente informados sobre el cáncer oral y una cantidad un poco menor a la media se siente bien informado La media no está bien informado y muy pocos se siente muy bien informado

Un porcentaje alto de los estudiantes no tiene el conocimiento suficiente para la detección y prevención del cáncer oral

La mayoría de los encuestados contestaron que las llagas e ulceras es el primer cambio en la cavidad oral luego la media de los encuestados contesto la inflamación o dolor la media contesto como los dos cambios

La mayoría de los estudiantes de odontología examinan la mucosa oral en sus pacientes pero no adquirieron el conocimiento necesario en las clases para determinar o detectar la patología en los pacientes Se demostró que los estudiantes de clínica v estan más informados sobre la patología que los de otras clínicas

Más de la mitad de los estudiantes prefieren aprender mediante webinars la media en las clases y la minoría prefiere las lecturas en revistas artículos libros

RECOMENDACIONES

En vista de los resultados obtenidos, se sugiere reforzar la constante discusión del tema durante toda la práctica clínica de los estudiantes por medio de seminarios y capacitaciones que inciten la actualización e investigación del tema. Simultáneamente, se debe proponer la creación de cursos de educación continua y fortalecer las enseñanzas del docente para motivar al estudiante sobre el cáncer oral.

Que se elabore un manual de protocolos que el estudiante deba seguir a la hora de atender pacientes con sospechas de tener cáncer oral y el estudiante tener claro de cuando observa algo extraño saber qué medidas tomar pero siempre informando primeramente a su doctor asignado para evitar cualquier tipo de mala praxis .

PROSPECTIVA

- Desarrollar investigaciones similares al actual enfocadas en el área de Cirugías patológicas.
- Realizar estudios sobre nivel de conocimiento, pero orientados a otros tipos de patologías en la cavidad bucal.
- Realizar el estudio en otras universidades de República Dominicana, para comprobar si los resultados serían semejantes.

Referencias:

1-Jaber MA. Dental practitioner's knowledge, opinions and methods of management of oral premalignancy and malignancy Saudi Dent J 23:29–3 (2011)

2-Oliveira JMB, Pinto LO, Lima NGM, Almeida GCM. Oral cancer: assessment of academic dentistry and nursing knowledge as for the risk factors and diagnostic procedures. Rev Bras Canc 59: 211–21 (2013)

3-Özbayrak S, Pekiner FN. Oral cancers: clinical findings and treatment approaches in point of early diagnosis. Quintessence Publication, İstanbul (2016).

4-Keser, Gaye & Pekiner, Filiz. Assessing Oral Cancer Awareness Among Dental Students. Journal of Cancer Education. 34. 10.1007/s13187-018-1332-x (2018).

5-Stewart BW, Wild CP. World cancer report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon (2014).

6-Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students BMC Med Educ 15:44–5 (2007).

7- TOMAR S. Dentistry's role in tobacco control. The Journal of the American Dental Association. 2001; 132:30S-35S.

8-Ahmad AR, Muneer MU, Bajwa S, Chaudhary A. Assessing Awareness and Knowledge of Oral Cancer among Adult Dental Patients in Lahore, Pakistan. Med Forum 2018; 29(7):7-11.

9-Rai D, Yadav D, Tyagi D, Tripathi D. ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND AWARENESS OF ORAL CANCER AMONG DENTAL STUDENTS OF A PRIVATE DENTAL COLLEGE IN NEPAL- A CROSS- SECTIONAL STUDY. INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC RESEARCH. 2020; 9.

10-WUNSCHFILHO V. The burden of mouth cancer in Latin America and the Caribbean: Epidemiologic issues. Seminars in Oncology. 2001; 28(2):158-168.

11-Tomar S. Dentistry's role in tobacco control [Internet]. Jada.ada.org. 2020 [cited 21 July 2020].

- 12-Harald zur Hausen Virology. Papillomaviruses in the causation of human cancers — a brief historical account (20 February 2009).
- 13-Syrjänen K, Syrjänen S, Lamberg M, Pyrhönen S, Nuutinen J. Morphological and immunohistochemical evidence suggesting human papillomavirus (HPV) involvement in oral squamous cell carcinogenesis. *Int J Oral Surg.* 1983;12(6):418-424. doi:10.1016/s0300-9785(83)80033-7.
- 14- Michael P.RethmanDDS, MS1WilliamCarpenterDDS, MS2Ezra E.W.CohenMD3JoelEpsteinDMD. The Journal of the American Dental Association, Volume 141, Issue 5, May 2010, Pages 509-520..
- 15- Chediak, E. Cáncer de Cavidad Oral. *Medicina*, 26(3), 165-178. Vol. 26 Núm. 3 (2004): Revista Medicina. Número 66 /.
- 16-Dr. José Francisco Gallegos Hernández Consultorio 725. Aceptado: 07-11-2005. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 3, No. 4, octubre-diciembre 2005
- 17- Morales Navarro Denia, Rodríguez Lay Liliana, García Jordán Mariela. Importancia del Programa de Deteccion Temprana del cancer bucal en Cuba. *Rev haban cienc méd [Internet].* 2009 Nov [citado 2020 Ago 31]; 8(4).
- 18- Batista, L. *El Cáncer Bucal Vinculado Al Virus Del Papiloma Humano Se Incrementa En El País.* [online] www.diariolibre.com(2020). Available at: <<https://www.diariolibre.com/actualidad/salud/el-cancer-bucal-vinculado-al-virus-del-papiloma-humano-se-incrementa-en-el-pais-FI15951859>> [Accessed 28 July 2020].
- 19- Yuliana Herrera-Serna et Al. Efecto de las políticas de control de factores de riesgo sobre la mortalidad por cáncer oral en américa latina (*).*Rev. Esp salud pública* 2019; vol93: (Aceptado 15 de julio de 2019, Publicado: 22 de julio de 2019Brenda).
- 20-Cáncer oral y orofaríngeo: Síntomas y signos, Aprobado por la Junta Editorial de (Cancer.Net, 01/2019).

- 21-D'souza S, Addepalli V. Preventive measures in oral cancer: An overview. *Biomed Pharmacother.* 2018; 107:72-80. doi:10.1016/j.biopha.2018.07.114
- 22- Forman D, Bray F, Brewster D, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, et al. *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X* [Internet]. Lyon (Francia): International Agency for Research on Cancer; 2014. Disponible en: URL: <https://ci5.iarc.fr/CI5I-X/old/vol10/CI5vol10.pdf>
- 23-Valdez JA, Brennan MT. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Dent Clin North Am.* 2018; 62(1):143-154. doi:10.1016/j.cden.2017.09.001
- 24-Shibahara T. *Clin Calcium.* 2017; 27(10):1427-1433. [Oral Cancer -Diagnosis and Therapy-]
- 25-Anita M. Mark. manager, Science Information Development, ADA Science Institute, American Dental Association. Detecting oral cancer early can nearly double your chance of survival (2016),
- 26- García-García V*, Bascones Martínez A**. Cáncer oral: Puesta al día Update in oral cancer. Fecha de recepción: 17 de septiembre de 2008. Aceptado para publicación: 22 de septiembre de 2008.
- 27- Bray F, Ferlay J, Laversanne M, et al. Cancer Incidence in Five Continents: Inclusion criteria, highlights from Volume X and the global status of cancer registration. *Int J Cancer.* 2015;137(9):2060-2071. doi:10.1002/ijc.29670
- 28-Seoane J.M., González-Mosquera A., Velo-Noya J.. La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2008 Feb [citado 2020 Sep 01]; 24(1): 89-96. .
- 29-Levi LE, Lalla RV. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer. *Dent Clin North Am.* 2018;62(1):121-130. doi:10.1016/j.cden.2017.08.009
- 30-Reddy RS, Sai Praveen KN. Optical coherence tomography in oral cancer: A transpiring domain. *J Cancer Res Ther.* 2017;13(6):883-888. doi:10.4103/0973-1482.180684

31-Paré A, Joly A. Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge [Oral cancer: Risk factors and management]. *Presse Med.* 2017;46(3):320-330. doi:10.1016/j.lpm.2017.01.004

32-Kerawala C, Roques T, Jeannon JP, Bisase B. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* 2016; 130(S2):S83-S89. doi: 10.1017/S0022215116000499

33-Prime SS, Cirillo N, Hassona Y, et al. Fibroblast activation and senescence in oral cancer. *J Oral Pathol Med.* 2017;46(2):82-88. doi:10.1111/jop.12456

34-Santelices Ch MJ, Cárcamo I M, Brenner A C, Montes F R. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura [Oral cancer: Review of the Chilean literature]. *Rev Med Chil.* 2016; 144(6):758-766. doi:10.4067/S0034-98872016000600011

35-Ahmed NHM, Naidoo S. Oral Cancer Knowledge, Attitudes, and Practices among Dentists in Khartoum State, Sudan. *J Cancer Educ.* 2019;34(2):291-296. doi:10.1007/s13187-017-1300-x

36-CEBALLOS C. [Internet]. Cancer.gov.co. 2020 [cited 28 July 2020]. Available from: https://www.cancer.gov.co/Situacion_del_Cancer_en_Colombia_2015.pdf

37-International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Published by Elsevier Inc. All rights reserved. (2004).

38-Carter, L.M., Ogden, G.R. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ* 7, 44 (2007). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-44>

39-JANET A. YELLOWITZ, D.M.D., M.P.H. 1, ALICE M. HOROWITZ, PH.D. 2 THOMAS F. DRURY, PH.D. 3, HAROLD S. GOODMAN, D.M.D., M.P.H., SURVEY OF U.S. DENTISTS' KNOWLEDGE AND OPINIONS ABOUT ORAL PHARYNGEAL CANCER.(MAY 01, 2000). VOLUME 131, ISSUE 5, P653-661

40-Emily R. Holt, MHA, Taylor Potts, BS, Rachel Toon, BS. Oral Manifestations of Cancer Therapies: Advice for the Medical Team. (FEBRUARY 01, 2015), Volume 11, ISSUE 2, P253-257,

41-Vázquez-Otero C;Vamos CA;Thompson EL;Merrell LK;Griner SB;Kline NS;Catalanotto FA;Giuliano AR;Daley EM; Assessing dentists' human papillomavirus-related health literacy for oropharyngeal cancer prevention [Internet]. Journal of the American Dental Association (1939). U.S. National Library of Medicine; [cited 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29031503/>

42-Abadeh A, Ali AA, Bradley G, Magalhaes MA. Increase in detection of oral cancer and precursor lesions by dentists: Evidence from an oral and maxillofacial pathology service. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(6):531-539. doi:10.1016/j.adaj.2019.01.026.

43-Wardle, J., Robb, K., Vernon, S., & Waller, J. Screening for prevention and early diagnosis of cancer. *American Psychologist*, (2015). 70(2), 119–133. <https://doi.org/10.1037/a0037357>

44-Urbizo Vélez Joaquín. Liquen plano bucal y displasia epitelial. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2013 Jun [citado 2020 Sep 04]; 50(2).

45-Aguirre Echebarría P., Aguirre Urizar J.M.. Displasia epitelial: Concepto y significación. *Av Odontostomatol* [Internet]. 2008 Feb [citado 2020 Sep 05]; 24(1): 81-88.

46- Yuli Moret de González, Jeaneth López Labady, Marlin García Toro, Verónica Piñango. DISPLASIA EPITELIAL BUCAL, VOLUMEN 46 N° 1 / 2008 > Acta odontológica venezolana.

47- Estrada Pereira G, Márquez Filiu M, González Heredia E, Ramón Jiménez R, Domínguez Pacheco R. Diagnóstico clínico e histopatológico del carcinoma in situ en la mucosa bucal. 2020 [cited 30 August 2020].

48- Dyall-Smith D. Carcinoma in situ of oral cavity | DermNet NZ [Internet]. Dermnetnz.org. 2020 [cited 30 Agosto 2020].

49- Arias F. El proyecto de Investigación; científica., Introducción a la metodología. 2012; 6ta Edición.

50- Cervera RC. Métodos y técnicas de investigación internacional. MASTER UNIVERSITARIO EN POLÍTICA INTERNACIONAL: ESTUDIOS SECTORIALES Y DE ÁREA., FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA; 2014.

51- GONZALEZ HENRIQUEZ LUISA, BERGER VILA KAREEN. CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES. Cienc. enferm. [Internet]. 2002 Dic [citado 2020 Nov 23]; 8(2): 27-35.\

52- Gema Maeso Periodoncista. Doctora en Odontología. Universidad Complutense de Madrid (UCM). European Board in Periodontics. Máster de Periodoncia por la UCM. Directora de la clínica Relaxdent.El campo estéril en odontología (junio 2018)

53- Felzani R. SUTURA DE LOS TEJIDOS EN EL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL [Internet]. SUTURA DE LOS TEJIDOS EN EL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA. actaodontologica; [cited 2020Aug28]. Available from:https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/4/sutura_tejidos_cirurgia_bucal.asp

54- Sonia Esteban Román, Ponencia en congreso (resumen) Aceptado: oct 18, 2018, +XXIV Congreso Nacional de la SOMEF 2018, , Páginas 1.7.

55- Yáñez M Ricardo, Loyola B Francisco Javier, Alcocer C Diego, Cornejo F Jorge, Valenzuela G Mariana, Martínez R Raúl. ALTERNATIVAS RECONSTRUCTIVAS POST MAXILECTOMÍA POR ENFERMEDAD NEOPLÁSICA. Rev Chil Cir [Internet]. 2014 Feb [citado 2020 Nov 23]; 66(1): 30-37.

56- Medline, editor. Laringectomía: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; [cited 2020Nov23]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007398.htm>

57- Medline, editor. Cirugía robótica: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; [cited 2020JUL28]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007339.htm>

- 58-. NIH, editor. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. [cited 2020Jul28]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cirugia-micrografica-de-mohs>
- 59- Medline, editor. Traqueotomía: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; [cited 2020Sep28]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002955.htm>
- 60- Mayo Clinic, editor. Otorrinolaringología (oído, nariz y garganta) y cirugía de cabeza y cuello [Internet]. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2020 [cited 2020Sep28]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/departments-centers/facial-plastic-and-reconstructive-surgery/overview/ovc-20425011>
- 61- Cancer.net, editor. Cáncer oral y orofaríngeo - Detección [Internet]. Cancer.Net. 2019 [cited 2020Nov28]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/detecci%C3%B3n>
- 62- Seoane J.M., González-Mosquera A., Velo-Noya J.. La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. Av Odontoestomatol [Internet]. 2008 Feb [citado 2020 Nov 23] ; 24(1): 89-96.
- 63- Medline, editor. Prueba de ADN para el VPH: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; [cited 2020Sep28]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007534.htm>

Anexos:



**APLICACION SCREENER ESTUDIANTIL AL COMITÉ DE ÉTICA
DE INVESTIGACIÓN**

Código

de CEI2020-163

Aplicación

Cantidad
de
Estudiante
s en la
Investigaci
ón

2

Nombre
del
Estudiante
#1

Luis Miguel De la Rosa

Matrícula
del
Estudiante
#1

148016

Correo
Electrónico
del
Estudiante
#1

luisdelarosa148016@gmail.com

Teléfono
del
Estudiante
#1

(829) 9875112

Nombre
del
Estudiante
#2

Misael Cabral Mejia

Matrícula
del
Estudiante
#2

141057

Correo
Electrónico
del
Estudiante
#2

misael_19cm@hotmail.com

Teléfono
del
Estudiante
#2

(829) 8677676

Carrera: Odontología

Nombre
del
Profesor o
Asesor:

Dra Maria Teresa Thomas Knipping

Correo
Electrónico
del
Profesor o
Asesor:

mariateresathomas@gmail.com

Nombre
del
Proyecto

"Conocimiento y Conciencia del cáncer oral entre los estudiantes de odontología en las clinicas dental (2,3,4 y 5) en la Universidad Iberoamericana"

El estudio es: Prospectivo

El estudio tiene un enfoque: Cuantitativo

El diseño del estudio es: No Experimental

La selección de la muestra será: Probabilística

La muestra está conformada por: Mayores de 18 años

Describe brevemente el procedimiento que utilizará en su investigación

Nuestra investigación se basa en evaluar el conocimiento y conciencia de los estudiantes en la clínica de grado de Unibe via un cuestionario enviado através de Google Forms. Dicho cuestionario consiste en una serie de preguntas sobre los factores de riesgo del cáncer oral y la habilidad de reconocer alteraciones en la mucosa y toma de decisión.

Describa
si existe
algún
riesgo
para los
participan
tes y
como
protegerá
a los
participan
tes del
mismo

No existe ningún riesgo para los participantes

Describa
el
mecanismo
o a través
del cual
asegurará
la
confidenci
alidad de
los datos

Toda información recopilada será guardada en la base de datos donde solo los investigadores tendrán acceso. Los datos obtenidos serán solo utilizados para esta investigación sin la divulgación de algún.

Su
recolección
de
datos será
en:

Google Forms

Fecha
estimada
de
recolección
n de
datos

28/07/2020

Formulari
o de
consentim
iento
informado

Consentimiento Informado Trabajo Final Grado .docx

Necesita
una carta
de pre-
aprobación
n para
solicitar la
carta de
la
institución
externa?

No

Cuestiona
rios,
escalas u
otros
anexos

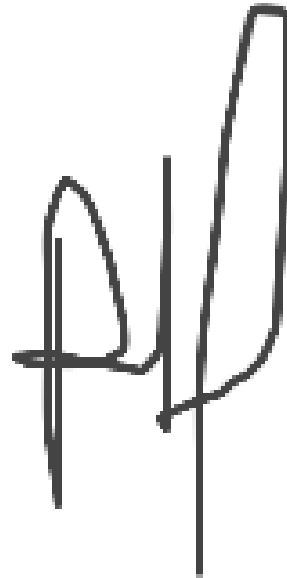
Cuestionario trabajo de grado Traducido.docx

ESTADO
DE LA

APROBADO

APLICACION

Signature

A handwritten signature in black ink, consisting of two stylized, overlapping characters that resemble 'A' and 'P'.

Fecha de
revisión 02-08-2020

Cuestionario:

“Conocimiento y Conciencia del cáncer oral entre los estudiantes de odontología en las clínicas dental (2,3,4 y 5) en la Universidad Iberoamericana”

Este cuestionario fue diseñado con el propósito de utilizar la información para considerar maneras de mejorar la prevención, detección temprana, y el referimiento por cancer oral

1. Que edad tienes ?

Short answer text

2. Sexo?

Option 1

Mujer

Hombre

3. En cual clínica estas ?

- 2
- 3
- 4
- 5
- Other...

4. Examinas la mucosa oral del paciente rutinariamente ?

- Si
- No

5. Si tu respuesta es NO a la pregunta anterior. Examinas la mucosa oral si el paciente se encuentra en una categoría de alto riesgo ?

- Sí
- No

6. Cuales tu consideras que son los factores de riesgo del cáncer oral ?

Short answer text

7. Cuando te gradues vas a advertirle a los pacientes sobre los factores de riesgo del cáncer oral ?

Sí

No

8. Haz examinado pacientes con lesiones orales ?

Sí

No

9. En referencia a la apariencia clínica del cancer oral te sientes ?

Muy bien informado

Bien informado

Adecuadamente informado

No muy bien informado

10. Cuales Cambios En la Boca Asociarias al cáncer oral ?

Short answer text

11. Hacia dónde debe dirigirse un paciente con una lesión oral ?

Doctor General

Odontologo

12. Cuando te gradues hacia donde refieres un paciente con una lesión maligna oral ?

Cirujano plastico

Otorrino

Cirujano maxilofacial

Dentista

Medico de Cabecera

13. Usted siente que tiene el conocimiento suficiente en lo que es la detección y prevención del cáncer oral ?

Sí

No

14. Te gustaría más información o enseñanzas sobre el cáncer oral ?

Sí

No

⋮

15. Si tu respuesta es SÍ por cuáles vías te gustaría las enseñanzas ?

Lecturas

Clases Universitarias

Webinars

No me Interesa

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado:

Título Del Estudio: "Conocimiento y conciencia del cáncer oral entre los estudiantes de odontología en las clínicas dental (2,3,4 y 5) en la Universidad Iberoamericana"

El estudio precedente corresponde al trabajo al trabajo final de grado para obtener el título de Doctor en Odontología. Realizado por los Investigadores Luis Miguel De la Rosa y Misael Cabral Mejía.

El objetivo/propósito de este estudio es evaluar el nivel de conocimiento y conciencia sobre el cáncer oral en las clínicas de grado de UNIBE

La participación en este cuestionario es totalmente VOLUNTARIA; si en algún momento desea retirarse sin ningún inconveniente o penalidad puede hacerlo.

Beneficios: Los investigadores no obtendrán ningún beneficio

Riesgos y Molestias: Esta encuesta no brinda ningún tipo de riesgo ni molestia.

Confidencialidad: Todos datos recopilados en esta encuesta es de forma anónima, sin el requerimiento de información personal. Toda información solo será accedida por los investigadores y su uso está estrictamente limitada al estudio.

Si se presenta alguna duda o inquietud no dude en comunicarse con nosotros, estamos aquí para ayudar y aclarar cualquier duda.

Al Continuar con el cuestionario afirma que 'Ha Leído este consentimiento informado y Acepta participar en nuestro estudio'.